Accueil du site Thèses Mémoires Cours

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2004

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : Médecine Générale

Par

Marie-Christine Lemeunier-Lelièvre-Gérain

Née le 11 août 1972 au Mans (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le 09 janvier 2004

LA PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS AU CHU D'ANGERS: ETUDE PROSPECTIVE COMPARATIVE DE L'UNITE D'ACCUEIL DES SUICIDANTS ET DES SERVICES DE MEDECINE

Président : Monsieur le professeur FANELLO

Directeur: Madame le docteur GOHIER

COMPOSITION DU JURY

Directeur de thèse:

Madame le docteur Bénédicte Gohier, praticien hospitalier, service de Psychiatrie et de Psychologie médicale, CHU d'Angers.

Président du jury :

Monsieur le professeur Serge Fanello, professeur des universités, service de Médecine E, CHU d'Angers.

Membres du jury :

Monsieur le professeur Jean-Bernard Garré, professeur des universités, chef de service de Psychiatrie et de psychologie médicale, CHU d'Angers.

Monsieur le professeur Philippe Alquier, professeur des universités, chef de service de Réanimation Médicale, CHU d'Angers.

PLAN

INTRODUCTION

GENERALITES

1) Données épidémiologiques.

2) Une prise de conscience récente.

3) Evaluation des pratiques hospitalières

4) Une prise en charge des suicidants

QUELQUES DEFINITIONS

POPULATION ET METHODE

RESULTATS

I- Identité des patients.

1)-Caractéristiques.

a)-Age moyen

b)-Situation familiale

c)-Catégorie socio-professionnelle

d)-Antécédents

2)- Hospitalisation.

II- Organisation de le prise en charge durant le séjour

1)-conditions d'installation.

2)-prise en charge médicale.

3)-prévisions de sortie.

III- Résultats des critères de l'ANAES pour l’ensemble des suicidants.

IV- Résultats pour les primo-suicidant1

1)-comparaisons avec leurs homologues récidivistes.

2)-comparaisons entre les services.

DISCUSSION

1)-identité des patients.

2)-séjour hospitalier.

3)-prévisions de sortie.

4)-Critères de l'ANAES.

5)-les primo-suicidants.

6)-patients ayant pu comparer les deux types de services.

7)-principales différences de prise en charge entre les deux types de services.

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Le suicide remet en question des valeurs fondamentales de la vie en société et tout groupe social se sent concerné lorsqu'un de ses membres décide de l'abandonner définitivement.

En outre, la moitié des personnes hospitalisées ayant réalisé un acte suicidaire ne présentent aucun antécédent psychiatrique et/ou somatique permettant d'expliquer ce geste. Le passage à l'acte correspond à un moment de crise pour le sujet, crise existentielle, » psycho-sociale », psychiatrique, avec comme point commun un repli sur soi, un isolement progressif plus ou moins rapide, aboutissant à une absence de communication, et entraînant l'idée suicidaire comme unique solution. Optimiser les conditions d'hospitalisation paraît ainsi essentiel au rétablissement et au maintien de la relation à l'autre, afin d'éviter que le geste suicidaire ne se répète, et que d'autres solutions puissent être mises en œuvre.

GENERALITES

La prévention du suicide en France est une priorité de santé publique depuis 1992. L'enquête menée cette année-là par le Conseil économique et social a permis d'établir que « Le suicide n'a jamais été déclaré grande cause de santé publique alors que ses effets sont plus dévastateurs que bien d'autres conduites pathologiques mises au premier plan par les pouvoirs publics et les médias. »
La perte de vies humaines qu'il occasionne, les désordres psychologiques et sociaux de la population dont il est une traduction font du suicide un problème de santé majeur.

1) Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques concernant suicides et tentatives proviennent de sources diverses. A l'échelle européenne, les statistiques Eurostat (9) indiquent que la France se trouve au quatrième rang pour la mortalité par suicide chez les hommes, après la Finlande, l'Autriche et le Luxembourg, et au cinquième rang pour les femmes. En France, c'est l'étude des certificats de décès réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm sc8) qui constitue la source d'information générale concernant les décès par suicide. Les certificats sous-estiment néanmoins l'ampleur du phénomène et il est nécessaire d'appliquer un taux de correction de 20 à 25% (15).
Au cours de l'année 2001, 12000 personnes dont 8000 hommes ont trouvé la mort par suicide, la pendaison étant le moyen le plus usité, et le milieu rural le plus fréquent (45). Le taux de mortalité par suicide devient six fois supérieur aux femmes après 75 ans. Dans la région des Pays de la Loire à laquelle appartient Angers, le taux est supérieur de 24% à la moyenne nationale (table ronde du GEPS en mars 1999).

Le suicide représente la première cause de décès des Français de 25 à 34 ans, soit 20% des décès masculins et 15% des décès féminins dans cette tranche d'âge, et la deuxième chez les 15-24 ans, après les accidents de la voie publique.
La part du suicide dans la mortalité prématurée a plus que doublé en 25 ans, du fait de la diminution des autres causes de mortalité, surtout chez les jeunes et les moins de 25 ans.
Le nombre de suicides, en augmentation croissante depuis 1975 (avec un accroissement de 38% entre 1975 et 1985), a connu un infléchissement à partir du milieu des années 1990. L'incidence était devenue, en 1995, inférieure de 13% chez les hommes et de 19% chez les femmes. Seul le groupe des hommes de 30-49 ans a subi une augmentation de 1985 à 1995.

Les tentatives de suicide sont évidemment plus difficiles à chiffrer que les suicides. 160 000 entraînent chaque année un recours du patient au système de soins. Parmi ces personnes, la moitié a consulté un médecin généraliste suite à ce geste, et sept sur huit ont consulté aux urgences, directement ou après avoir consulté le médecin (15).
Nous savons que 80% des patients ont consulté dans les trois mois précédant le geste 50% dans la semaine précédente., sept suicidants sur dix parlent de leurs intentions avant leur geste, et la communication au soignant d'idées suicidaires clairement exprimées se ferait dans 9% des cas (45).
L'on estime que parmi les suicidants vus par un médecin après leur geste, 20 à 30% ne seraient pas hospitalisés.

Alors que le suicide est le fait d'hommes majoritairement, les patients suicidants sont pour deux tiers des femmes, jeunes puisque appartenant à la classe des 15-40 ans. La proportion des intoxications volontaires, médicamenteuses et/ou autres, s'élève à plus de 80% des méthodes employées (38). Les tentatives de suicide seraient plus fréquentes en milieu urbain (45).
Après une tentative de suicide, le taux de récidive atteint 35 à 45% (15), avec une gravité somatique croissante. Ainsi, 1 % des suicidants décèdent dans les 12 mois suivant leur geste et 10% à 10 ans (30).

Elaborer une prévention efficace est donc chose primordiale. Première étape de cette

prévention, l'amélioration de la prise en charge hospitalière des suicidants se doit d'être optimale, d'où ce travail de thèse.

2) Une prise de conscience récente

A partir de 1986, divers travaux scientifiques ont fait part d'une aggravation de la situation. Parmi d'autres, Davidson et Philippe, chercheurs à l'Inserm, ont rapporté une augmentation significative du nombre de suicides entre 1975 et 1985. Ces publications, si elles n'ont eu dans l'immédiat que peu de répercussions auprès des pouvoirs publics, ont cependant permis une prise de conscience au sein d'associations de bénévoles qui, à l'image de S.O.S. amitié (crée dans les années 60), S.O.S. suicide-Phoenix par la suite, ont entrepris des actions de prévention sur le sujet.

Le législateur s'est néanmoins emparé de la question (suite à la parution du livre « suicide: mode d'emploi »), aboutissant au vote de la loi du 31 décembre 1987 qui définit la provocation au suicide comme un délit passible du tribunal correctionnel.

A partir de 1992, le suicide est devenu un problème de santé publique. En 1994, la Direction générale de la santé (DGS) lançait une consultation afin de définir les priorités nationales en santé publique (méthode Delphi). Chaque thème a été sélectionné en fonction de sa gravité, sa fréquence, son impact socio-économique ou encore sa perception sociale, avec un groupe d'experts généralistes en Santé Publique et un groupe d'experts spécialistes du sujet. La prévention du suicide est apparue comme une priorité régionale de santé dans les Pays de Loire, et une des 10 priorités nationales lors de la première Conférence nationale de santé en 1996.

3) L'évaluation des pratiques hospitalières

En 1997, le Secrétaire d'Etat à la Santé Bernard Kouchner a donc confié à la DGS la mise en place d'un programme national de prévention du suicide chez les jeunes adultes et les adolescents. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) qui a assuré le soutien méthodologique de ce

programme, a édicté en 1998 des recommandations pour la prise en charge hospitalière des adolescents suicidants, recommandations élargies secondairement à tous les âges (annexe n°1). Ceci en s'appuyant sur un travail local, à l'initiative de la CPAM d'Angers, élaboré en 1996 (Comité départemental de prévention du suicide).

Une première enquête d'évaluation a été réalisée en 1999 sous forme d'audits cliniques, dans 41 établissements français parmi lesquels onze centres hospitalo-universitaires, afin d'évaluer la mise en œuvre des préceptes de 1998 selon 15 critères de qualité prédéfinis (annexe 2).

898 observations (1 à 42 par centre) ont été étudiées:

Parmi ces quinze items, cinq étaient mis en œuvre dans plus de 65% des cas:

- prise en charge débutée aux urgences (89,4%)
- examen somatique initial aux urgences (94,5%)
- premier entretien avec un psychiatre dans les 24H (69,9%) - confidentialité de l'entretien (74,6%)
- coordination des décisions (82%)

Cinq autres recommandations étaient appliquées dans moins de 40% des situations:

- entretiens réalisés par le même psychiatre (27,3%) - évaluation par une assistante sociale (17,6%)
- utilisation d'une échelle d'évaluation du risque de récidive (13,2%)
- remise d'une carte à la sortie mentionnant des coordonnées de structures joignables 24 heures /24 (37,6%)
- suivi des rendez-vous par le professionnel référent (19,7%)).

Les résultats contrastés de cette première évaluation ont mis en évidence la nécessité d'une meilleure préparation à la sortie des patients et de favoriser un suivi post-hospitalier en réseau (3).

Le principe des audits cliniques a été entériné par la circulaire ministérielle du 29 avril 2002 (annexe 3). Ce texte, qui précise les actions prioritaires à mener dans le cadre de la stratégie nationale d'action face au suicide de 2000 à 2005, ordonne en effet la réalisation de ce mode d'évaluation auprès des établissements de santé volontaires, en vue d'améliorer la prise en charge des personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours:

- favoriser la prévention par un risque accru des récidives suicidaires.

- mieux connaître les circonstances de suicides pour diminuer l'accès aux moyens létaux les plus utilisés, réduite la facilité du passage à l'acte.
- améliorer la qualité de la prise en charge, et du suivi à moyen et long terme. - améliorer la connaissance épidémiologique.

Le procédé a été également adopté dans le cadre de travaux universitaires. En février 2002, le Dr F. Staikowski a analysé les résultats d'une étude prospective sur la prise en charge des suicidants auprès de 57 services d'urgences (dont 21 CHU)
répartis sur le territoire français (44 départements). Les données ont été recueillies sur une période d'une semaine.

Les résultats ont montré que sur les 640 tentatives de suicides recensées pendant cette période, 18 à 20% des patients n'ont pas été hospitalisés (ce, majoritairement dans la tranche des 15-54 ans), 29% de ceux-ci n'ayant reçu aucune prise en charge ou proposition de suivi, 3,3% sont sortis contre avis médical; 18% ont été transférés en psychiatrie, 60% en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), 9% en réanimation, 10% dans des services de médecine.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,8 jour. Parmi les patients hospitalisés, 10% n'ont pas vu de psychiatre. Les autres patients ont bénéficié pour 72% d'une consultation avec le psychiatre, et pour 12% de trois consultations. 4,7% ont reçu la visite d'un travailleur social.

A la sortie, 35% se sont vu remettre une date de rendez- vous avec un psychiatre, et 28% avec le médecin traitant. Les adresses d'associations d'aide aux suicidants n'ont jamais été proposées; en revanche, dix-sept de ces services (22%) ont déclaré avoir signé une convention spécifique concernant les structures psychiatriques d'aval (41).

D'autres études d'évaluation sur la prise en charge des suicidants ont été réalisées, dont celle menée auprès des patients du centre Esquirol au CHRU de Caen (46): 70 questionnaires sur la qualité des soins ont été distribués aux suicidants, avec 23 réponses obtenues: 14 patients étaient satisfaits de leur prise en charge, 15 patient des soins prodigués; 3 étaient insatisfaits des locaux. Le faible nombre de participations n'a cependant pas permis de conclusion.

4) Une prise en charge des suicidants variable d'un hôpital à l'autre

Si l'évaluation de l'application des recommandations est en voie de généralisation, il n'en demeure pas moins que les attitudes thérapeutiques sont variables d'un établissement à l'autre, ce qui permet fort heureusement d'alimenter la recherche sur le suicide.
Un excellent indicateur de la manière dont sont proposées et perçues les modalités de prise en charge des suicidants, serait le taux de sorties contre avis médical ou de fugues (d'après une étude du Dr. Xavier Pommereau (38)).

Parmi les travaux déjà anciens, on peut citer le programme intensif institué à l'hôpital civil de Charleroi en Belgique, selon la méthode thérapeutique introduite par Drye, Goulding et Goulding en 1973 et précisée par Wilmotte et Bastyns en 1983. Cette prise en charge des suicidants repose sur l'établissement d'un contrat de non-suicide durant l'hospitalisation, et la réalisation de plusieurs visites à domicile par des équipes sociales (Rawton et al (1981) (25). Ce programme, s'il a permis d'obtenir de bons résultats pour les patients ayant des problèmes conjugaux (40% des suicidants), d'addiction ou de personnalité abandonnique, a eu en revanche peu d'effets sur les patients aux antécédents suicidaires répétés.

Le principe de l'hospitalisation a lui aussi fait l'objet de recherches. Une étude sur les différentes modalités de prise en charge des suicidants et leur récidives à un an au CHU de Pau et Région Aquitaine en a démontré l'utilité, établissant que, même de courte durée, l'hospitalisation semble avoir un effet protecteur sur le risque de récidive, alors que le retour au domicile semble être un facteur de risque (14). Une étude similaire a été réalisée au CHU de Besançon avec de jeunes suicidants de 15 à 25 ans (6).

La préparation de la sortie de l'hôpital est pareillement analysée. Une étude menée au CHU de Brest en 1999 auprès de jeunes suicidants de 15 à 34 ans s'est attachée à mesurer le taux de récidives à un an parmi deux cohortes de patients : l'une aya une prise en charge traditionnelle et l'autre, à sa sortie de l'hôpital, cinq rendez-vous déjà fixés pour le mois avec le même thérapeute. Il n'y a pas eu de différence significative entre les deux populations (16).

Forts de ces divers résultats, certains hôpitaux français, parmi lesquels ceux de Bordeaux, Brest, Clermont-Ferrand, Saint-Nazaire et Angers, ont adopté une prise en charge spécifique, mais chacun avec un fonctionnement différent.

Ainsi donc du centre Abadie au CHU de Bordeaux, qui a créé en 1992 une unité d'hospitalisation de court séjour (10-15 jours) dotée de 15 lits, accueillant les patients de 15 à 25 ans, parmi lesquels 80% viennent directement du service des urgences du CHU.
Le séjour y débute par une séparation du patient d'avec son environnement pendant 48 heures, durant lesquelles l'équipe soignante peut s'entretenir avec l'entourage. Dans un second temps est effectué le regroupement des patients, avec entretiens individuels et rassemblements entre suicidants. La reprise du dialogue entre le patient et ses proches marque la 3ème et dernière étape.
Les résultats ont montré que:
- deux tiers des patients s'investissent dans une prise en charge spécialisée, - le taux de récidives est deux fois moins important que le risque statistique (15% contre 30%) et le risque de décès par suicide devient 2 à 4 fois plus faible, passant de 1-2% à 0,4%.
Les récidives sont de gravité somatique réduite (39).

Au CHU de Clermont-Ferrand, l'unité PASS-AJE (prévention accueil de la souffrance spécifique de l'adulte jeune) a été créée en 1998 par le centre médico-psychologique en réponse aux recommandations de l'ANAES. Cette unité accueille des adultes de 18 à 30 ans indemnes de troubles mentaux patents ou préalablement répertoriés.
Pour la période 1999-2002, 90% des patients de ces jeunes adultes étaient célibataires, 50% étudiants, et la population féminine était prépondérante avec 55% de l'ensemble des admis. Les motifs d'hospitalisation font apparaître que les suicidants y ont représenté 33% des patients, les suicidaires 28%, les 39% restant étant jugés en situation de crise.
Comme à Bordeaux, le séjour se déroule en trois étapes (séparation-observation, décisions thérapeutiques, préparation de la sortie et du suivi. Le fonctionnement des jeunes adultes se situant plus dans l'agir que dans la mentalisation, il a fallu

adapter la structure en réduisant le nombre de lits (25 à 16), et créer des groupes d'activités où le soignant se posait en catalyseur (car les patients avaient tendance à former spontanément des groupes très revendicateurs, en excluant l'équipe soignante de son rôle d'échanges et de soutien).
Cette équipe a pu constater une grande fréquence de diagnostics de dépressions et « états limites» durant les séjours (12).

Le Centre hospitalier de Saint-Nazaire possède depuis 2003 une unité intersectorielle de crise (UNIC) au sein du service des urgences, comportant 3 lits pour des séjours de 48 à 72 heures, avec une infirmière, un psychiatre, et le médecin urgentiste de garde pour les problèmes d'ordre somatique. Le peu de recul ne permet pas d'évaluer les résultats de cette création récente.

Le CHU d'Angers, sujet de notre travail, possède également une organisation propre pour la prise en charge des patients suicidants. Unités d'accueil, de liaison et d'hospitalisation concourent ainsi au suivi des malades depuis leur admission jusqu'à leur sortie.

a) l'Unité des suicidants :

L'unité existe et fonctionne depuis le premier novembre 1998.Un protocole de prise en charge des suicidants a permis de créer une unité spécialisée en premier lieu au sein du service des Maladies infectieuses. Puis, à partir de novembre 2000 au sein d'un service de médecine interne (Médecine E), intégrée à l'unité fonctionnelle Fiessinger II, qui comprend en outre 15 lits de médecine interne et 6 lits à orientation psycho- sociale), cette structure consiste en 6 lits d'hospitalisation, dont trois chambres seules et une de trois lits.
Actuellement, l'unité fonctionne avec deux médecins (un interne de psychiatrie et un psychiatre), et l'une des trois infirmières psychiatriques de l'UPAP spécialisées dans le suicide. Disponibles de 9H à 17H30 tous les jours, y compris le week-end, ces dernières se relaient tous les 15 jours.
La responsabilité médico-administrative est assurée par les chefs de service de Médecine E et de Psychiatrie - Psychologie médicale, selon les termes de la charte de fonctionnement établie entre le CHU et le Centre de santé mentale angevin (CESAME) validée en 1998, et modifiée pour la Médecine E en novembre 2000 (annexe 4).

b) l’unité de liaison

L'équipe médicale de cette unité de liaison intra hospitalière comprend une équipe de psychiatres dont certains sont attachés et effectuent des vacations, un interne de psychiatrie. Une infirmière de l'UPAP complète le dispositif, dans la semaine. Ils ont pour mission, en dehors de l'astreinte, de suivre les patients relevant de la psychiatrie, hospitalisés dans les autres services du CHU. Le week-end est assuré par un psychiatre d'astreinte susceptible d'intervenir sur tous les sites du CHU. Les patients suicidants ne pouvant pas être hospitalisées dans l'unité suicidants seront donc suivis par cette équipe.

c) L'unité paramédicale d'accueil psychiatrique

Créée en 1995 et mise à disposition du CHU par le CESAME, l'UPAP fonctionne au sein du service des urgences générales, avec une équipe de treize infirmiers de secteur psychiatrique et d'un cadre infirmier (29). Elle n'intervient pas en Réanimation médicale.

Notons enfin que la prévention du suicide est l'affaire de tous, et qu'une enquête récente en Maine-et-Loire (20) a permis de conclure que les médecins généralistes ont un réel désir de s'impliquer dans cette prévention au sein d'un réseau sanitaire et social.

Notre enquête, réalisée au CHU d'Angers, répond à un objectif double:

1- Réaliser une étude clinique sur la prise en charge hospitalière des suicidants, pour apporter un début de réponse à la demande de la circulaire ministérielle du 29 Avril 2002.

2- Evaluer le bénéfice d'une unité spécialisée d'accueil des suicidants en comparant la prise en charge des suicidants, selon qu'ils sont hospitalisés dans l'unité spécialisée de six lits du service de Médecine E, ou qu'ils sont admis, faute de place, dans les autres services de médecine du CHU d'Angers.

QUELQUES DEFINITIONS

LA TENTATIVE DE SUICIDE :

OMS 1996 : la tentative de suicide est un « acte à l'issue non mortelle dans laquelle un individu adopte délibérément un comportement inhabituel qui, en l'absence de l'intervention d'autres personnes, lui sera dommageable ; ou ingère une substance en quantité supérieure aux dosages thérapeutiques habituellement prescrits ou généralement admis, et qui vise à causer des changements désirés par l'intermédiaire des conséquences physiques effectives ou attendues ».

LE SUICIDE :

Durkheim 1897 : on appelle suicide « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ».

Deshaies 1946 : il s'agit de l'acte de se tuer d'une manière habituellement consciente, en prenant la mort comme moyen ou comme une fin.

PREVENTION PRIMAIRE :

Evoque l'importance d'une intervention psychosociale précoce vis-à-vis de sujets présentant des facteurs de risque suicidaires, mais pas de risque suicidaire actuelle.

PREVENTION SECONDAIRE :

Vise à stopper le processus suicidaire engagé dans sa phase active, avant sa concrétisation en acte.

PREVENTION TERTIAIRE :

A pour but d'éviter la récidive suicidaire chez les patients qui sont passés à l'acte ; la conduite à tenir est essentiellement déterminée par la présence de facteurs de risque ou de facteurs d'urgence. La notion de rapidité d'intervention est primordiale ; l'articulation des réseaux sanitaire et social est indispensable.

POPULATION ET METHODE

Notre travail s'appuie sur une enquête épidémiologique descriptive prospective transversale réalisée auprès des patients du CHU d'Angers, hospitalisés soit dans des services de médecine soit dans l'unité des suicidants, à la suite d'une tentative de suicide par intoxication volontaire.

Sont inclus dans l'étude tous les patients âgés de 16 ans ou plus, hospitalisés plus de 48 heures, et capables de donner un consentement éclairé à leur participation à l'étude. Celle-ci est anonyme.

Afin de procéder à des conclusions fiables statistiquement, il fallait inclure au moins 150 patients, sachant que nous voulions établir un écart-type maximal de 6% avec un risque alpha de 5%.

Au cours de l'année 2001, 1100 patients ont été hospitalisés en médecine au CHU d'Angers pour une tentative de suicide.
La période d'inclusion s'est étalée sur 7 mois, de décembre 2002 à juin 2003, afin d'obtenir le nombre de dossiers requis pour la réalisation de l'enquête.

Le mode de tentative de suicide employé par les personnes interrogées est l'intoxication volontaire, celle-ci représentant en France plus de 90% des situations.De plus les patients suicidants ayant eu recours à d'autres méthodes sont fréquemment hospitalisée dans d'autres conditions, en particulier lorsque leur état nécessite une prise en charge chirurgicale.

Une analyse par sous- populations permettra d'évaluer l'éventuel bénéfice d'une unité spécifique d'accueil des suicidants.

En 2001, 42% des patients suicidants ont été hospitalisés dans cette unité, les autres ont été hébergés dans les différents services de médecine, en fonction des places disponibles au sein du CHU.

Les critères d'évaluation sont regroupés dans un auto questionnaire, basé en partie sur les recommandations de l'ANAES de 1998, divisé en cinq parties et comprenant 90 items:

1-Identité du patient : 11 items renseignant sa situation, ses antécédents psychiatriques et médicaux.

2-Organisation de la prise en charge durant le séjour : 18 items renseignant son parcours d'hospitalisation et son mode de prise en charge psychiatrique et médicale (10 critères de l'ANAES)

3- Prévisions de sortie : 10 items renseignant l'évaluation, l'organisation et les modalités de sa sortie de l'hôpital (4 critères de l'ANAES).

4-Appréciation de l'hospitalisation par le patient : 22 items renseignant les impressions du patient dans le service, son appréciation des différents soignants et de ses rapports avec les autres malades, son sentiment par rapport au nombre d'intervenants et son évaluation des résultats positifs de cette hospitalisation.

5- Questionnaire de satisfaction proposé à tous les patients hospitalisés au CHU d'Angers : 40 items évaluant la prise en charge, l'accueil,l'information et le confort (aux fins de comparaison avec la population générale hospitalière).

Les données sont saisies sur le logiciel EPI INFO version 6 pour l'analyse univariée et sur le logiciel SPSS version 9 pour l'analyse multivariée. Les tests utilisés sont le Ki2 pour les variables qualitatives et l'analyse des variances pour les variables quantitatives.

RESULTATS

L' enquête, comparative, porte sur la prise en charge des suicidants : unité d'accueil des suicidants ou dans les services de médecine du CHU d'Angers.

Durant la période du 21 novembre 2002 au 25 mai 2003, 594 patients dont 65% de femmes ont été hospitalisés en salle d'urgence de réanimation pour des tentatives de suicide. Parmi eux :

-114 patients ont été adressés directement à l'unité suicidants,
-165 patients ont été adressés directement en médecine,

-13 patients sont rentrés directement au domicile (2%),
-10 patients sont sortis contre avis médical (1,7%),
-38 ont été transférés directement au Césame (6,4%),
-1 patient a fugué,
-2 patientes sont décédées (de 50 et 38 ans).

Des 251 patients restant, certains n'ont pas quitté le service de réanimation, d'autres ont été transférés ultérieurement en Médecine E ou en Médecine interne, ce qui rend difficile la comptabilisation exacte des destinations. La proportion semble être de 42% pour le service des suicidants et 58% en médecine (statistiques élaborées de janvier à juin 2003 à partir du service de psychiatrie).

En outre, parmi les patients hospitalisés en médecine, au moins 41 (7%) sont sortis en moins de 48H et n'ont donc pas fait partie de l'étude (dont au moins 18 ont été transférés au Césame et 5 sont sortis contre avis médical).

I- IDENTITE DES PATIENTS

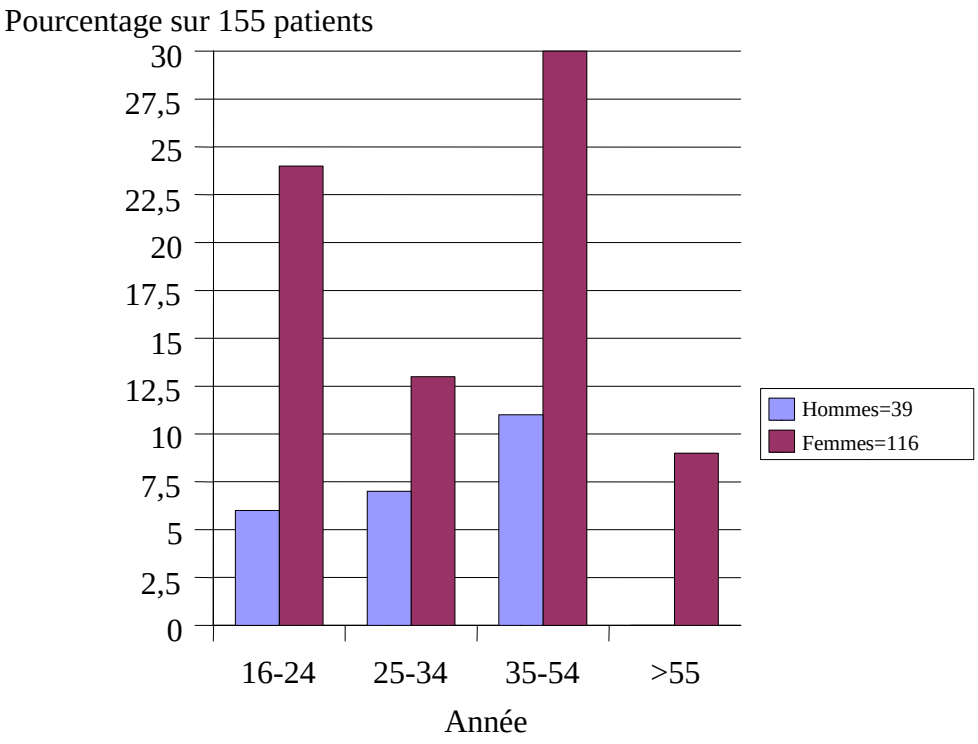
Sur les patients éligibles, 155 ont été interrogés, parmi lesquels 106 dans l'unité des suicidants et 49 dans différents services de médecine (soit 68% versus 32%).
La population féminine représente 75% des patients de l'enquête soit 116 femmes et 39 hommes.
Cette proportion se retrouve dans les deux types de services comparés.

1- Caractéristiques

a) Age moyen : 37 ans plus ou moins 15 ans (de 16 à 89 ans)
Pour les hommes : 34 ans plus ou moins 15 ans (de 16 à 54 ans).
Pour les femmes : 38 ans plus ou moins 17 ans (de 16 à 89 ans).

La cohorte dominante est celle des 35-54 ans car elle représente 42% des patients.

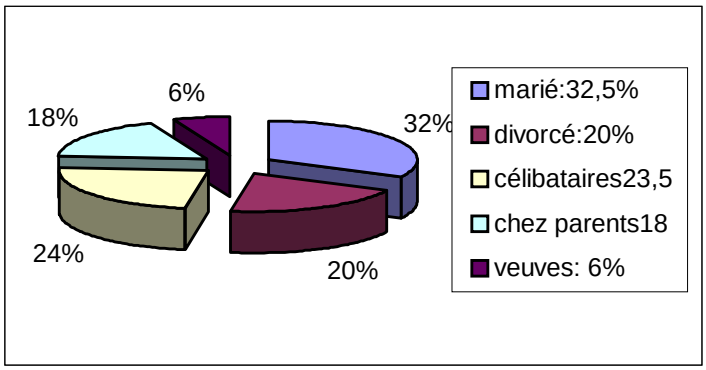
Figure n°1 : histogramme des patients selon le sexe et l'âge.



b) situation familiale

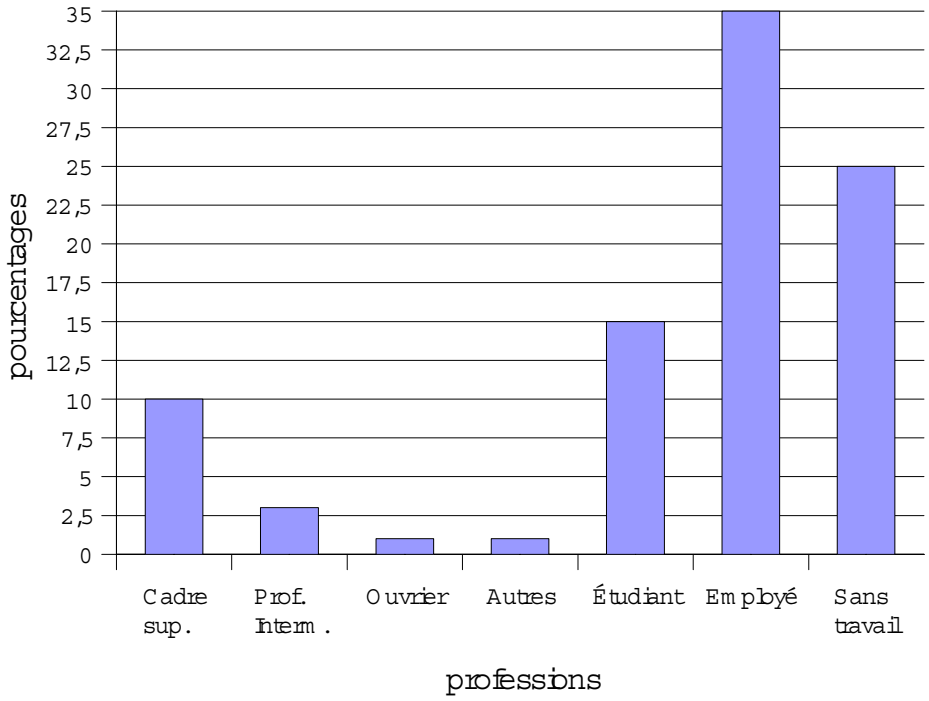
Sur les 155 patients étudiés, 39% vivent seuls (48% des hommes et 35% des femmes).

Diagramme n°1 : répartition des répondants selon leur situation familiale



c) catégorie socio-professionnelle

Histogramme n°2 : répartition des catégories professionnelles



La catégorie la plus représentée a été celle des employés (35% des patients), suivie des patients sans activité professionnelle (25%). La catégorie « autres » a été

représentée par un agriculteur, deux patients en centre d'accueil par le travail (CAT), deux patients en stage.

d) Antécédents

-35% des patients avaient une pathologie organique:
-32% des femmes avec en majorité les dysthyroidies, le diabète et les troubles alimentaires.
-46% des hommes dont 25% de pathologies liées à l'alcool (10/39).
-49% patients présentaient des antécédents psychiatriques, dont 40% de dépression.
- Le diagnostic principal d'hospitalisation était pour 67% des patients un état dépressif et pour 30% un état anxieux.
-44% avaient un suivi psychiatrique,
-38% avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie.
-49% présentaient des antécédents de tentatives de suicide: (une en moyenne).Il est important de noter que 35 de ces patients (51%) avaient fait au moins une tentative de suicide non suivie d'hospitalisation.

2- Hospitalisation

Tous les patients ont été hospitalisés pour une intoxication volontaire, seule ou associée à des scarifications (4 suicidants), une tentative de pendaison (1 suicidant), ou encore un accident de la voie publique (2 suicidants).

Ils provenaient pour 13% directement des Urgences (pour lesquels nous avons constaté essentiellement des intoxications sans gravité somatique ou des scarifications) et pour 87% de la Réanimation médicale (parmi les 594 patients).

Gravité somatique:
-42,5% ne présentaient pas de signes de gravité somatique et n'ont reçu qu'une perfusion de sérum glucosé par précaution,
-46% ont reçu du charbon activé,
-12% ont nécessité une intubation, parfois de plusieurs jours
Il n'y avait pas de différence entre le sexe, l'âge, et la destination des patients, mais par contre la proportion primo-suicidants ne représentait que 2,5% des patients intubés, alors que les récidivants en représentaient 21%.
Sept patients dont 6 femmes ont été revus durant l'enquête en raison d'une récidive. Nous ferons part de leurs appréciations.

II ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DURANT LE SEJOUR

1- Conditions d'installation

Nous avons constaté que 44,5% des patients avaient une chambre seule (84% des hommes contre 31% des femmes : ceci est significatif sur le plan statistique avec p=0,0003). La chambre à trois lits est occupée systématiquement par des femmes (car elles sont plus nombreuses) dans l'unité spécialisée.
Nous avons pu également remarquer que 27% des patients étaient arrivés pendant la nuit dans le service spécialisé, contre 41% en médecine (p= 0,003).

Plus de 90% des patients ont trouvé que leur intimité était respectée, 85% étaient satisfaits de la qualité et des horaires de repas, 25% d'entre eux auraient préféré des horaires de réveil un peu plus tardifs.
Ces pourcentages sont identiques dans les différents services.

Il existe par contre une différence significative en ce qui concerne la gène occasionnée par le bruit la nuit : 32% des patients ont été importunés en médecine, contre 13% dans l'unité des suicidants (p=0,03).

2- Prise en charge médicale

Seulement deux services de médecine interne, en plus de l'unité spécialisée, possédaient un document écrit sur la surveillance du patient suicidant. Il ne s'agissait pas de la charte de fonctionnement citée précédemment, mais de consignes de sécurité afin d'éviter tout geste de récidive, et les situations d'isolement.
Dans l'unité spécialisée, 94% des patients ont bénéficié d'un entretien avec un psychiatre dans les 24H, contre 78% des patients en médecine. Cette différence était significative avec p=0,0018.

Un seul patient, en médecine, n'a pas vu de psychiatre.
La moyenne du nombre d'entretiens était de 3,2 +/- 2(avec 3.6 +/- 2 dans l'unité suicidants, et 2.3 +/- 1 en médecine). Il ne dépassait pas 5 en médecine, alors qu'il pouvait aller jusqu'à 10 dans l'unité des suicidants. Cette différence du nombre de visites est dans la limite de la significativité statistique avec p=0,06.
Pour 68% des suicidants, de manière semblable dans les services, ces entretiens ont été réalisés par le même psychiatre.

Aucune échelle d'évaluation n'apparaissait dans les dossiers, mais les psychiatres s'inspirent de cet outil pour mener leurs consultations.

En ce qui concerne les proches, 58,5% ont été reçus par le psychiatre dans l'unité spécialisée contre 27% en médecine, ce qui est significatif (p=0,0003).
Dans l'unité des suicidants ,97% des patients ont vu d'infirmière psychiatrique, alors qu'ils n'étaient que 12% en médecine (p=0.000…).

Dans tous les services, un professionnel référent coordonnait les soins (médecin du service, infirmière psychiatrique, psychiatre).

La prescription d'examens complémentaires était peu importante, demandée le plus souvent par le médecin du service, et comparable dans les deux types d'unités.
Les examens les plus demandés étaient : les examens cyto-bactériologiques des urines (ECBU), des crachats (ECBC), la radiographie thoracique, la tomodensitométrie cérébrale, et les sérologies des maladies virales VIH - hépatite B - hépatite C, parfois à la demande du patient.

En ce qui concerne les traitements institués, nous avons comptabilisé les prescriptions nouvelles et les modifications de traitements habituels.

Tableau n°1 : Comparaison des unités concernant les modalités de traitements psychiatriques

AD=antidépresseur
ADV= par voie veineuse
AX= anxiolytique
AXV= par voie veineuse
NL= neuroleptique

	UNITE S	MEDECINE	P
AD	49(46%)	21 (43%)	Non significatif
ADV	1	0	Non significatif
AX	59 (57%)	19 (39%)	Non significatif
AXV	6 (5,6%)	6 (12%)	Non significatif
hypnotique	14 (13,2%)	7 (14%)	Non significatif
NL	10 (9,4%)	4 (8%)	Non significatif
1 traitement	31 (30%)	17 (36%)	Non significatif
2 traitements	32 (31%)	17 (36%)	Non significatif
3 traitements	18 (16%)	1 (3%)	0,02
aucun	25 (23%)	12 (25%)	Non significatif

La comparaison était significative sur le troisième traitement avec: p = 0,02
Le nombre de molécules prescrites était plus important dans l'unité des suicidants. Par contre, les traitements anxiolytiques par voie veineuse semblaient plus
facilement prescrits en médecine sans pourtant que ce fait fût statistiquement significatif.

Il existait une différence significative en comparant les hommes et les femmes. En effet, ces dernières se voyaient prescrire plus souvent un anxiolytique de type benzodiazépine (26% versus 16%), alors que les hommes se voyaient prescrire un neuroleptique (10,7% versus 1,7%) p=0,02

Dans les deux entités, 15% des suicidants ont vu une assistante sociale durant l'hospitalisation, pour des difficultés de logement ou de problèmes de surendettement.

Les appréciations des patients sur leur prise en charge médicale étaient équilibrées quels que soient les services: en effet ils se sont sentis, à plus de 85%, à leur place dans leur unité d'hospitalisation, soutenus, et respectés.

Il existait cependant une différence significative concernant les femmes, car elles étaient 14% à s'être senties jugées en médecine contre 4% dans l'unité des suicidants. p=0,005.

Cette différence se retrouve également dans la prise en charge de la douleur morale: 93% des patients étaient satisfaits dans l'unité spécialisée contre 77% en médecine p=0,005

Les patients étaient, de manière égale, satisfaits à plus de 88% des relations, de l'attention accordée par le personnel soignant, et à plus de 80% du nombre d'intervenants (16% le trouvaient trop important en médecine, essentiellement dans les chambres à trois lits).
Ils étaient également satisfaits à plus de 80%, des informations données sur leur traitement et leur retour au domicile.

Concernant les informations sur leur état de santé et l'attention accordée à leur famille, il y avait une légère différence entre les services cependant non significative, avec 80% de satisfaction dans l'unité spécialisée contre 65% en médecine.
Cette différence entre services devenait significative pour les femmes au sujet des relations

avec les autres patients: 87%(sur 60 réponses) étaient satisfaites dans l'unité suicidants, elles n'étaient plus que 57%(sur 30 réponses) en médecine. p= 0,002.

Enfin, plus de 80% des suicidants ont eu le sentiment que l'hospitalisation était utile, nécessaire, et avait contribué à l'amélioration de leur situation (financière, professionnelle, d'hébergement...).
Pour 50% des patients dans les deux groupes, cette hospitalisation avait joué un rôle positif dans les relations avec leurs proches.

Cependant, 89% des suicidants ont ressenti une amélioration de leur dépression dans l'unité des suicidants, ils n'étaient plus que 71 % en médecine: comparaison significative avec p=O.007.

3- Prévisions de sortie

En ce qui concerne la durée de séjour, dans l'unité des suicidant s, la moyenne était de 6 +/- 3,7 jours; ils étaient 74% à rester entre deux et sept jours (dont 25% quatre jours).
En médecine, la moyenne était de 5,2 +/- 3,3 jours; ils étaient 82% à rester entre deux et sept jours (dont 22% trois jours) Il n'y avait cependant pas de différence significative entre les deux entités.

Les résultats sur l'appréciation de la durée de séjour sont équilibrés entre les différents services, ainsi qu'entre les hommes et les femmes:
65% ont été satisfaits, 20% ont trouvé le séjour trop long, et 15% trop court. Ces appréciations n'ont pas forcément été corrélées avec la durée effective de séjour.

Pour 75,5% des suicidants, un référent extérieur avait été contacté, afin de coordonner la sortie.
80% des patients sont rentrés au domicile ou dans leur famille, 20% ont été transférés en milieu spécialisé ou en convalescence.
65% des patients sont sortis avec une ordonnance et 27% avec un arrêt de travail. Il n'y a pas de différence significative entre les unités.

Pour l'établissement des statistiques relatives à la prise des rendez-vous de post-hospitalisation, les patients transférés n'ont pas été comptabilisés.
A la sortie de l'unité des suicidants, 11% des patients avaient un rendez-vous avec leur médecin généraliste, 55% avec un spécialiste. 20 % des patients de l'unité ont été transférés en milieu spécialisé (hôpital clinique psychiatriques ou convalescence).
En quittant les services de médecine, 20% des patients avaient rendez-vous avec leur médecin généraliste, 43% avec un spécialiste, et 20% ont été transférés.

Les patients hospitalisés dans les services de médecine avaient davantage tendance, lorsqu'il n'avaient pas de suivi antérieur, à préférer attendre avant de consulter un psychiatre, et revoir éventuellement leur médecin, même s'ils étaient conscients que ses soins ne leur suffisaient plus ($p=0,09$).

Tableau n°2: tableau comparatif entre les deux entités concernant les modes de sortie

	Unité S	Médecine	p
RDV SPE	58 (55%)	21 (43%)	NS
RDV Med T	11 (10,6%)	10 (20,4%)	0,09(limite S)
Transfert	20 (20%)	10 (20,4%)	NS
Aucun	17 (16%)	8 (16%)	NS
RDV SPE sans suivi psy ant.	54% sur n=65	13,6% sur n=22	0,0008
RDV Med T Sans suivi psy ant.	14% sur n=65	27% sur n=22	NS

NS = non significatif.
Med T = médecin traitant.
SPE = spécialiste.

Ainsi, 16% des suicidants étaient sortis de l'hôpital vers leur domicile sans avoir pris de rendez-vous. Ce pourcentage est équivalent pour les deux entités.
La différence devient significative pour la prise de rendez-vous spécialisé chez les patients n'ayant pas de suivi psychiatrique antérieur (54% dans l'unité suicidants versus 13,6% en médecine) avec p=0,0008.

Les suicidants avaient reçu à leur sortie les coordonnées de structures joignables 24 heures sur 24 dans la proportion de 35% dans l'unité spécialisée et de 20% en médecine. Il n'y a pas de différence significative

III RESULTATS SUIVANT LES CRITERES DE L'ANAES, POUR L'ENSEMBLE DES SUICIDANTS.

Quinze critères opérationnels ont été présentés à partir des recommandations professionnelles, en avril 2000, visant à l'amélioration de la prise en charge des suicidants à 1 'hôpital.
Quatorze de ces critères ont été repris dans le questionnaire. L'étude est faite dans les différents services: unité spécialisée, médecine interne.

- Critère n°l (01) : la prise en charge hospitalière a débuté pour tous les patients dans un service d'urgences: 13% par les Urgences médicales et 87% par la Réanimation médicale.

- Critère n°2 (02) : un examen somatique initial a été réalisé pour tous les patients hospitalisés.

- Critère n°3 (Q6a) : 89% des patients ont bénéficié d'un entretien avec un psychiatre dans les 24 heures suivant leur arrivée dans le service d'hospitalisation

- Critère n°4 (Q7a) : pour 96% des suicidants, les entretiens s'étaient déroulés dans un lieu permettant la confidentialité.

- Critère n°5 (Q8ab) : un seul patient n'avait pas vu de psychiatre durant son hospitalisation. La moyenne globale était de 3,2 +/- 2 visites.
88% des patients avaient revu au minimum une fois le psychiatre

- Critère n°6 (Q8a) : pour 67% des suicidants, il s'agissait du même psychiatre.

- Critère n°7 (Q9a) : aucune échelle d'évaluation structurée n'apparaît dans les dossiers, mais les psychiatres s'en inspirent pour mener leurs entretiens.

- Critère n°8 (Ql0a) : les familles avaient été reçues par le psychiatre ou l'infirmière psychiatrique pour 48,7%.
Il existe cependant un biais car certains patients ne voulaient pas que leur séjour à l'hôpital

soit connu ou ne souhaitaient pas de visites.
- Critère n °9 (Q14a) : 16% des patients ont bénéficié d'une visite par l'assistante sociale.

- Critère n°10 (Q3ac) : les patients inclus dans l'enquête étaient hospitalisés plus de 48 heures. Ils avaient été orientés vers l'unité des suicidants (68%), ou en médecine interne (32%).
Un jeune suicidant a été admis en neurochirurgie après une intoxication volontaire suivie d'un accident de la voie publique.

- Critère n°11 (Q15a) : pour 75,5% des suicidants, des contacts préalables à leur sortie ont été établis avec les intervenants extérieurs concernés.

- Critère n°12 (Q16a) : dans chaque service un référent coordonnait les soins du patient: médecin, psychiatre ou infirmière psychiatrique.

- Critère non (Q17aa) : 51,3% des patients sont sortis avec un rendez- vous en consultation spécialisée.

- Critère n°14 (Q18a) : 30% des suicidants ont quitté l'hôpital avec les coordonnées de structures joignables 24 heures sur 24.

- Critère n°15 : ne faisait pas partie du questionnaire, car il étudie l'assiduité des patients aux rendez-vous de consultations de post- hospitalisation.
Les résultats globaux seront comparés à ceux de l'enquête nationale citée dans l'introduction.
La comparaison des modes de prise en charge entre les deux entités révélait quelques différences concernant les modalités de prise en charge durant le séjour : le tableau n04 en fait état, elles feront l'objet d'une discussion.

Tableau n°3 : récapitulatif des différences significatives entre les deux entités

*= critère de l'ANAES

		Unité de suicidants	Médecine	P
Chambres seules	Oui	50,00%	32,00%	0,003
Gène par le bruit la nuit	Oui	13,00%	32,00%	0,03
Relations avec les patients	Satisfaits	87,00%	57,00%	0,002
Entretien psychiatrique dans les 24 h*	Oui	94,00%	78,00%	0,0018
Confidentialité des entretiens*	Oui	99,00%	90,00%	0,005
Nombre de visites du psychiatre*		Maximum=10	Maximum=5	0,06
Visite de l'infirmière de psychiatrie	Oui	97,00%	12,00%	0
Famille reçue	Oui	58,50%	27,00%	0,0003
Prise en charge de la douleur morale	Satisfaits	93,00%	77,00%	0,005
Troisième classe de traitement	Oui	16,00%	3,00%	0,02
Amélioration de la dépression	Oui	89,00%	71,00%	0,007
Sentiment d'avoir été jugée (femmes)	Oui	4,00%	14,00%	0,05
Rendez-vous avec un spécialiste, sans suivi antérieur*	Oui	54,00%	13,60%	0,0008

Après régression logistique effectuée sur les critères significativement différents entre les deux entités ($p<0,05$), les inégalités persistantes au profit de l'unité spécialisée étaient :

- Un passage plus fréquent de l'infirmière de psychiatrie ($p<0,04$).
- Une meilleure information de la part des soignants ($p<0,03$).
- Un accueil des familles plus facile.
- Une confidentialité des entretiens davantage réalisable ($p<0,0$ 3), avec un sentiment plus important d'amélioration de la dépression ($p<0,04$).
- Un nombre de visites du psychiatre plus important.

Questionnaire de l'hôpital : résultats globaux

Les résultats obtenus pour les suicidants sur le questionnaire de l'hôpital (voir tableau n°4 ne diffèrent pas de la population générale hospitalisée (1 711 questionnaires remplis en 20002). Le taux de satisfaction s'élève à plus de 85% pour chaque item.

Tableau n°4

	Pas satisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Nb de patients
Cons proche	Non=6%		Oui=94%		149
Satisfaction globale	1,00%	8,00%	67,00%	24,00%	149
A formalités admin.	5,00%	5,00%	68,00%	22,00%	38
L. formalités admin.	Non=94%		Oui=6%		17
A service urgences	4,00%	13,00%	44,00%	39,00%	56
L service urgences	Non=63%		Oui=37%		27
A service hospitalier	0	3,00%	50,00%	47,00%	94
L service hospitalier	Non=87,5%		Oui=12,5%		32
A examens complém.	0	20,00%	50,00%	30,00%	10
L examens complém.	Non=80%		Oui=20%		10
A ambulanciers	0	4,30%	49,00%	46,70%	69
L ambulanciers	Non=80%		Oui=20%		31
PC problème médical	1,30%	9,40%	55,00%	34,20%	149
PC soins infirmiers	0,70%	4,80%	56,60%	37,90%	145
PC douleur	0,80%	10,70%	58,80%	29,80%	131
PC attention méd	0,70%	11,60%	54,40%	33,30%	147
PC relations méd	1,40%	9,60%	59,00%	30,00%	146
PC att famille	2,00%	9,00%	56,00%	34,00%	113
PC respect intimité	2,70%	3,40%	60,50%	33,30%	147
PC relations inf	0	8,20%	50,30%	41,50%	147
PC relations autres	2,00%	6,00%	53,00%	39,00%	145
I donnée méd	2,80%	17,20%	64,00%	16,00%	145
I donnée inf	1,40%	10,50%	68,50%	19,60%	143
I état santé	3,60%	13,00%	66,70%	16,70%	138
I exam/oper	8,00%	12,00%	64,00%	16,00%	36
I traitement	3,90%	21,70%	62,80%	11,60%	129
I retour domicile	4,00%	20,00%	62,00%	14,00%	125
I données fam	6,00%	15,00%	61,00%	18,00%	99
C instal. chambre	1,40%	12,20%	53,40%	33,10%	148
C entretien chambre	4,70%	11,50%	54,10%	29,70%	148
C repas	2,70%	7,40%	55,40%	34,50%	148
C service téléphone	6,20%	6,20%	53,40%	33,00%	112
C service TV	7,70%	5,10%	59,00%	28,20%	78
C service bibliothèq.	0	7,80%	53,80%	38,40%	13
C horaire repas	2,00%	11,50%	60,80%	25,70%	148
C horaire réveil	2,70%	24,30%	56,10%	16,90%	148
Accès SD séjour	0	2,10%	93,70%	2,80%	141
Gène bruit jour	0	8,10%	89,30%	2,70%	149
Gène bruit nuit	2,00%	16,80%	78,50%	2,70%	149

A= accueil ; L= longueur ; I= information ; C=confort ; inf= infirmière ; PC= prise en charge ; méd= médecin ; att= attention ; rel= relations ; cons proche= « conseilleriez-vous à un proche l'hospitalisation au CHU? »

IV RESULTATS POUR LES PRIMO SUICIDANTS

Ces patients représentaient 51% des suicidants (52 dans l'unité des suicidants et 27 en médecine).

1- tableau comparatif entre primo-suicidants et les patients aux antécédents de tentative de suicide :tableau n°5

	Primo-s n=79	Ts>0 n=76	p
Atcd psychiatriques	63% non, 23% dépression	24% non, 55% dépression	<0,05
Suivi psychiatrique	24% oui	62% oui	<0,05
Hospit antérieure	87% non	35.5% non	<0,05
Etre a sa place	86% oui	85% oui	Non significatif
Gravité IV*	IT*=2,5%	IT=21%	<0,05
Entretien dans les 24H	87% oui	92% oui	Non significatif
Nb de visites du psychiatre	Moy : 3 +/- 2	Moy : 3+/-2	Non significatif
Entretiens par le même psychiatre	65% oui	70% oui	Non significatif
Durée de séjour	Moy :5.5+/-3	Moy : 6+/-4	Non significatif
Hospitalisation utile	88.6% oui	85% oui	Non significatif
Amélioration de la dépression	86% oui	80% oui	Non significatif
Entretien des proches avec le psychiatre	47% oui	51% oui	Non significatif
Assistante sociale	20% oui	12% oui	Non significatif
Coordonnées 24h/24	30% oui	30% oui	Non significatif
RDV spécialisé	43% oui	59% oui	0,05
RDV généraliste	18% oui	8% oui	Non significatif
ordonnance	62% oui	62% oui	Non significatif

* IT= intubation, IV= intoxication volontaire

Ainsi les primo-suicidants, de manière significative vis-à-vis de leurs homologues récidivants, n'avaient en majorité pas d'antécédents psychiatriques, de suivi psychiatrique, ni d'hospitalisation antérieure en psychiatrie. Ils nécessitaient moins souvent le recours à l'intubation. Ils prenaient également moins fréquemment de rendez-vous chez le spécialiste, mais plus souvent chez le médecin traitant. Ils avaient par contre la même prise en charge hospitalière et le même ressenti de cette hospitalisation.
Par ailleurs, nous avons pu remarquer que 60% des patients rencontrés par l'assistante sociale étaient des primo-suicidants.

2- Comparaison entre les deux entités: quelques différences remarquées pour les primo-suicidants

- 90% des patients ont ressenti une amélioration de leur dépression dans l'unité spécialisée, contre 78% en médecine. Cette différence n'était pourtant pas significative sur le plan statistique.

- dans l'unité spécialisée, 36% des patients sont sortis avec les coordonnées de structures joignables, contre 18% en médecine.
Ceci était à la limite de la significativité statistique avec p= 0,09

- dans l'unité d'accueil des suicidants, 52% des hospitalisés ont eu un rendez- vous chez le spécialiste contre 26% en médecine, ce qui était significatif (p= 0,02), alors que les proportions étaient semblables pour les rendez-vous chez le généraliste, soit 18%.

DISCUSSION

Cette étude sur la prise en charge hospitalière des patients suicidants et leurs appréciations a été réalisée le jour de la sortie des patients, dans le but de rassembler le maximum de renseignements sur toute la durée du séjour, durant un entretien individuel de 15 à 30 minutes.

Les 155 suicidants participant ont été sélectionnés au hasard, en fonction des disponibilités de l'enquêteur et du fonctionnement des services hospitaliers. Parmi les 594 patients admis en salle d'urgence de réanimation pour une tentative de suicide par intoxication volontaire durant la période d'étude, 135 ont ainsi été interrogés, de même que 20 autres qui venaient directement du service des

urgences. Ainsi, contrairement aux autres centres hospitaliers, où les suicidants sont admis et pris en charge dans le service d'accueil des urgences, le CHU d'Angers fonctionne de telle sorte que ces patients passent pour 90% par la salle d'urgence de réanimation, quel que soit leur état somatique.

La proportion plus faible de patients interrogés en médecine peut s'expliquer par deux raisons :

- d'une part, l'entretien se faisant le jour de la sortie du patient, le recueil des données et le suivi de celui-ci est plus aisé dans l'unité spécialisée.

- d'autre part, 41 patients des deux sexes hospitalisés en médecine sont restés moins de 48h parfois moins de 24h (dont au moins 18 patients transférés au CESAME, et 5 sortis contre avis médical), ils étaient donc exclus des critères de sélection.

Les patients semblent globalement satisfaits de leur prise en charge, leurs impressions sont similaires à l'ensemble de la population hospitalisée au CHU. Malgré les différentes remarques formulées; ils sont cependant tout à fait conscients des difficultés de fonctionnement de l'hôpital et de ses impératifs.

1- Identité des Patients.

Nous avons déjà signalé la surreprésentation féminine (65%) parmi les suicidants admis au CHU pendant les sept mois de l'enquête. Cette proportion concorde bien avec les données de la littérature (9; 41). Dans notre enquête, cette proportion est un peu plus importante (75%), vraisemblablement en raison du mode de recrutement aléatoire. Mais cette différence n'est statistiquement pas significative.

Les moyennes d'âge dans les deux sexes sont identiques à celles de la littérature, avec la tranche d'âge la plus représentée des 16-44 ans regroupant les deux tiers des patients (9 ; 41). Nous avons observé des différences entre âges extrêmes masculins et féminins car l'homme le plus âgé avait 52 ans dans notre enquête (le plus âgé des 594 patients en avait 65), alors que la femme la plus âgée avait 89 ans. La prédominance féminine dans cette tranche d'âge se retrouvait également dans l'enquête du Dr Staikowski auprès de 57 hôpitaux. On retrouvait parmi ces femmes 9 veuves (pour six suicidantes, cela représentait le motif du geste), alors qu'aucun homme de l'enquête ne vivait cette situation.
Les patients mariés représentaient la catégorie la plus importante (32.5%), ce que nous avons retrouvé dans la littérature (36,7%). Cependant, les patients divorcés n'y représentaient que 8% des suicidants, contrairement à notre étude où ils en représentaient 20% (41).

Contre toute attente, la catégorie de patients sans emploi, retraités inclus, n'arrive qu'en deuxième position (25%), après les employés (35%), révélant le stress, les difficultés relationnelles et professionnelles éprouvées par ces patients et relatés lors des entretiens, avec le retentissement familial qui en découle (39% des patients vivent seuls, dont 41% de divorcés).

Angers étant une ville universitaire, la population estudiantine est représentée de manière importante (15%), ce qui corrobore l'enquête réalisée au centre Esquirol de la ville de Caen qui partage ce même statut, avec 16% d'étudiants parmi les suicidants admis (46).
Parmi les 43 patients de moins de 25 ans, 65% habitent encore chez leur(s) parentes) avec lesquels, selon leurs dires, ils ont fréquemment des relations conflictuelles.
En ce qui concerne les antécédents des patients, les résultats obtenus ne diffèrent pas de

ceux de la littérature (25, 46). En effet, la moitié des patients ont des antécédents psychiatriques dont 40% de dépression, souvent aggravée voire déclenchée par une pathologie organique (pour 35% des patients), avec en première ligne les dysthyroïdies, le diabète, les troubles alimentaires en particulier pour les femmes, et les maladies liées à l'alcool pour les hommes (25% des patients de l'enquête).
La moitié des patients admis ont déjà fait au moins un geste suicidaire. Pour 51 % de ces patients, au moins un geste n'a pas été suivi d'hospitalisation, ce qui représente une proportion plus importante que dans les données de la littérature qui rapportent 20 à 30% de patients dans cette situation (25).En effet les patients ne parlent pas très facilement de cet acte antérieur et mettent surtout en valeur l'absence de gravité somatique et donc l'inutilité de l'hospitalisation voire d'appeler le médecin. Ils minimisent le fait de s'être isolé pour prendre les substances (le plus souvent des médicaments associés ou non à de l'alcool), en dose plus importante que la normale, et souvent en début de soirée pour ne pas inquiéter l'entourage. Ces gestes passent ainsi, malheureusement, souvent inaperçus pour celui-ci.

Nous pouvons remarquer la proportion plus importante de patients intubés parmi les suicidants récidivistes, soit 16 des 18 patients dont l'état a nécessité ce geste. Cela tend à montrer la gravité croissante des récidives, comme le suggèrent de nombreux travaux (15), même si d'autres études, telles celle réalisée à Rennes en 1997, ne mettent pas en évidence de différence significative entre primosuicidants et récidivistes. Il est en revanche établi avec certitude que la récidive constitue un facteur de risque de mortalité; par ailleurs, le risque d'une récidive rapide est directement proportionnel au nombre de tentatives de suicide déjà effectuées par le patient (18).
Ainsi, malgré la grande fréquence d'intoxications de faible gravité somatique (88%), l'hospitalisation semble proposée presque systématiquement, d'une part par le médecin généraliste (premier intervenant pour une tentative sur trois) décidant trois fois sur quatre d'hospitaliser le patient (20), et d'autre part au niveau des urgences ou de la réanimation, où 96% des suicidants se voient proposer de rester hospitalisés ,à Angers, contre 80% dans la littérature (tous modes de tentatives confondus, avec tout de même 90% d'intoxication médicamenteuses volontaires) (41).

A Angers cependant nous avons observé l'existence d'un biais concernant certains patients

passés par les urgences, et sortis directement, dont le motif d'admission n'a pas été systématiquement transcrit. On peut penser qu'il s'agit d'autres modes de tentatives de suicide (comme par exemple les scarifications seules). Cette catégorie de patients n'a malheureusement pas été comptabilisée. Il semblerait cependant qu'elle soit actuellement en nombre peu important.

Enfin, nous remarquons l'absence de lavage gastrique lors de la prise en charge initiale en réanimation médicale, remplacé par l'administration de charbon activé (lorsque l'intoxication est récente), moins traumatique pour le patient.

2- Séjour hospitalier.

Quelques différences notables ont pu être révélées par l'enquête:
69% des femmes se trouvent en chambre multiple ce qui semble leur convenir, dans l'unité des suicidants, car la moyenne d'âge est relativement jeune. Les patientes hospitalisées pour le même motif peuvent former de petits groupes de parole sans pour autant être stigmatisées « psychiatriques », car ce n'est pas un service de psychiatrie à proprement dit mais les lits réservés aux suicidants sont intégrés dans un service de médecine interne. Dans les autres unités de médecine où la moyenne d'âge est plus élevée, les voisines de chambre souffrent souvent de pathologies sévères, le dialogue semble de ce fait difficile.
84% des hommes sont en chambre seule (dont 100% dans l'unité des suicidants), ce qui correspond bien à leurs attentes, car ils sont en général peu enclins aux échanges avec les autres patients, et ne sortent pas beaucoup de leur chambre. Cette différence significative peut être expliquée par la proportion plus importante de femmes admises et le plus grand nombre de chambres multiples dans le secteur d'accueil des suicidants.
Les femmes semblent être plus sensibles à la gène provoquée par le bruit la nuit, surtout en médecine, d'une part, en raison de l'arrivée plus fréquente de patients la nuit en médecine, par rapport à l'unité spécialisée, et d'autre part en raison de la nécessité de soins parfois répétés pour certains patients en médecine interne.

Durant leur séjour plus ou moins long en réanimation, en dehors de la salle d'urgence, tous les suicidants (sauf un patient admis pour coma éthylique) ont bénéficié d'un entretien avec un psychiatre de liaison peu de temps après leur geste. Cependant, un bon nombre d'entre eux n'en ont que peu ou pas de souvenirs en raison des effets de l'intoxication médicamenteuse et de leur état neurologique. Les patients ont bénéficié plus rapidement d'un second entretien avec le psychiatre dans l'unité spécialisée, et le nombre global de ces entretiens y a été plus important, celle-ci possédant une équipe sur place. La confidentialité des entretiens semble également plus facile dans cette unité, en raison de l'espace prévu à cet effet, même si parfois la présence de trois soignants durant l'entretien (étudiant et infirmière de psychiatrie en plus du psychiatre), peut entraîner chez certains une attitude défensive.

Les suicidants hébergés en médecine interne ont tendance à se sentir plus isolés, malgré les efforts d'écoute de l'équipe soignante. L'infirmière de liaison ne se déplaçant que lorsque le psychiatre ne peut intervenir dans l'immédiat, ou lorsque après le premier entretien, il juge la présence de celle-ci nécessaire et/ou suffisante pour la suite de la prise en charge.

D'autre part, la grande mobilité du psychiatre de liaison, rend parfois difficile la rencontre avec les familles lorsque celle-ci est souhaitée.

Ceci pouvant expliquer en partie la différence entre les deux entités pour l'appréciation de la prise en charge de la douleur morale, et l'amélioration de leur dépression, les profils thérapeutiques étant par ailleurs superposables et les internes en psychiatrie alternant tous les six mois entre la psychiatrie de liaison et le service spécialisé.

Pendant leur séjour 16% des patients (dont 60% de primo-suicidants) ont eu la visite d'une assistante sociale, pour des problèmes de logements et de surendettement. Parmi la majorité restante, trois patients de médecine n'ont pas pu en bénéficier faute de temps, les autres suicidants n'en ressentant pas le besoin ou se trouvant déjà pris en charge en externe. Il faut noter cependant que dans l'unité spécialisée, il existe une réunion sociale entre l'équipe soignante et l'assistante sociale une fois par semaine, sur tous les patients suicidants du service, où sont décidés les suivis éventuels par celle-ci.

Ce pourcentage semble similaire à celui de l'enquête des 41 hôpitaux français pour les critères de l'ANAES, mais moins importants (4,7%) dans l'étude réalisée auprès de 57 hôpitaux. Cependant, ceci peu s'expliquer par le fait que cette dernière étude ait été réalisée dans les services d'urgences, où la durée moyenne de séjour était de 1,8 jours (41).

Le nombre de traitements à visée psychiatrique institués ou modifiés est plus important

dans l'unité des suicidants, sans doute pour une plus grande facilité d'adaptation des prescriptions en raison de la présence permanente de l'équipe psychiatrique. Par contre, la prescription d'anxiolytiques par voie veineuse n'est pas plus fréquente dans cette unité (la surveillance médicale étant bien assurée dans
tous les services).
Quant à la prescription d'examens complémentaires, il n'y a pas de différence notable entre les deux entités. Ceux-ci sont en rapport avec le geste suicidaire et peu fréquents (ECBC, radiographie pulmonaire pour les syndromes d'inhalation, ECBU, TDM cérébrale ou EEG dans un contexte de chute, de troubles mnésiques, de pathologies alcooliques). Pour deux patient de l'unité des suicidants, des consultations spécialisées ont été demandées en rapport avec une pathologie organique.
Les sérologies virales (hépatites B, C, VIH) sont prescrites parfois, en dehors du contexte du geste suicidaire, et souvent à la demande du patient.

3- Prévisions de sortie

La moyenne de séjour (5 jours) reste supérieure à celle de la littérature (2 jours en moyenne), où les patients suicidants restent la plupart du temps en unité de court séjour dépendant des urgences. Il existe cependant une exception pour les centres de crise où la durée passait à une semaine ou quinze jours (ces unités spécifiques s'accroissent de manière importante).
Cette période de coupure avec le monde extérieur semble convenir aux patients qui la trouvent nécessaire ne serait-ce que pour ne plus ressentir les effets des produits de l'intoxication (motif souvent évoqué lors des entretiens).
30 suicidants (soit 20%) trouvent le séjour trop long, et ce malgré une hospitalisation parfois limitée à 48 heures. La majorité de ces patients est par ailleurs réticente à la poursuite d'un suivi psychiatrique. Par contre, quatre de ces 30 patients sont restés plus de deux semaines dans leur service en attendant un transfert en milieu spécialisé.
La majorité des patients sont rentrés à leur domicile, ou dans leur famille. La gravité de leur geste n'est pas corrélée à leur mode de sortie (les patients intubés représentaient un quart des patients transférés).
Pour les patients de l'unité spécialisée, les rendez-vous de sortie sont pris le plus souvent par l'équipe soignante, ce qui peut expliquer le plus grand nombre de consultations

psychiatriques prévues. En médecine, les patients sont plus souvent amenés à prendre eux-mêmes leur rendez-vous. Ceux qui ne sont pas suivi antérieurement, tendent à prévoir une consultation avec leur médecin généraliste, même s'ils sont conscients que ces soins ne leur suffisent pas.
En ce qui concerne les ordonnances de sortie, elles ne différent pas des traitements prescrits dans les services, excepté peut-être l'arrêt des hypnotiques pour certains patients dont le sommeil était perturbé à cause de l'hospitalisation, et qui n'ont pas été systématiquement reconduits sur l'ordonnance de sortie. Le fonctionnement est le même dans toutes les unités.
Un tiers des suicidants a reçu les coordonnées de structures joignables à toute heure. Ceci n'est pas corrélé à l'état de santé du patient, ni au fait qu'il soit primo-suicidant ou pas. Cette proportion se retrouve dans l'audit auprès des 41 établissements hospitaliers cité précédemment.

4- Critères de l'ANAES.

D'après notre étude, dont une partie était basée sur le respect des critères de l'ANAES, il reste quelques points à améliorer, comme la visite d'une assistante sociale présente pour 16% des patients, alors qu'un nombre un peu plus important aurait aimé en bénéficier (cependant, ceci n'est sans doute pas réalisable de manière systématique car de nombreux suicidants n'en ressentent pas la nécessité).
Il en est de même pour les coordonnées de structures joignables à tous moments, en effet, les patients même primo-suicidants ne les reçoivent pas systématiquement à leur sortie.
Néanmoins, la majorité des autres critères de l'ANAES sont respectés, avec un taux de réponses positives supérieures à 65% pour neuf critères sur les quatorze étudiés.
Après comparaison de notre étude avec les résultats de l'audit clinique (portant sur ces mêmes critères) réalisé auprès de 41 établissements hospitaliers de l'hexagone, de octobre 1999 à janvier 2000, nous pouvons remarquer la similitude des points les plus faibles (taux de réponses positives inférieurs à 40%) de la prise en charge des suicidants, à savoir l'utilisation d'une échelle structurée sur le risque de récidive, la visite d'un travailleur social, les coordonnées de sortie.
Une différence cependant est notée: les patients ont bénéficié d'entretiens réalisés par le même psychiatre dans une proportion de 67% à Angers, contre 27,3% en moyenne dans

les autres établissements. Est-ce lié à des effectifs réduits au CHU d'Angers?
Par contre le dernier critère portant sur la vérification par le référent de l'assiduité du suivi, fait partie des points faibles de l'audit, mais n'a pas été réalisé dans notre étude, centrée sur la prise en charge durant l'hospitalisation.

5- Les Primo-suicidants

Cette catégorie de patients représente 51 % des suicidants interrogés.
Leur comportement à l'intérieur de l'hôpital, leur prise en charge et leur ressenti de l'hospitalisation ne diffèrent pas de leurs homologues aux antécédents de tentatives de suicide. Les motivations de leur tentative sont pour deux tiers un état dépressif et pour presque un tiers un état anxieux important, avec impulsivité du geste. Cependant, ces patients vivent moins souvent seuls (34% contre 43%), leur intoxication est en général de gravité inférieure (en se basant sur la proportion de patients intubés), et la majorité d'entre eux n'a pas d'antécédents psychiatriques, de suivi, ni d 'hospitalisation antérieure en psychiatrie. Ils prennent plus souvent un rendez-vous en post-hospitalisation avec leur médecin traitant, et moins souvent
avec un psychiatre (surtout en médecine, où seul un patient sur quatre possède à sa sortie un rendez-vous spécialisé, contre un patient sur deux dans l'unité spécialisée). Ceci paraît corrélé au fait que seul un primo-suicidant sur quatre est déjà suivi sur le plan psychiatrique.
Ces chiffres semblent identiques à ceux de l'enquête réalisée par le Dr Staikowski dans 57 hôpitaux français (41).
Ainsi il resterait à évaluer, pour ces patients le bénéfice de l'hospitalisation systématique, même sans gravité somatique, dans le risque de récidive puisque
leurs homologues récidivistes ont pour la moitié d'entre eux réalisé un geste sans hospitalisation, ce qui est un facteur de risque connu.

6- Patients ayant pu comparer les deux types de services.

Ces patients sont au nombre de sept, dont un homme.
Pour ce patient la première hospitalisation correspondait à son premier geste, il n'y avait pas de gravité somatique. Par contre, lors de sa deuxième hospitalisation, une intubation s'est révélée nécessaire. Pour les six patientes restant, il n'y a pas eu d'augmentation

significative de la gravité de l'intoxication.
Ces sept patients, de manière identique, ressentent une prise en charge plus appropriée dans l'unité des suicidants, du fait de la présence de l'équipe psychiatrique sur place, des visites régulières, des entretiens un peu plus longs, et de la disponibilité de l'infirmière de psychiatrie qui passe régulièrement voir les patients, et reçoit souvent la famille.
Ceci est plus difficile en médecine où les suicidants se sentent plus isolés (ils n'osent pas trop solliciter le personnel soignant en raison de leur motif d'admission et de la charge de travail des équipes).
D'autre part la population féminine trouve plus agréable le fait de se retrouver avec des personnes souffrant des mêmes problèmes car les échanges sont plus importants, et cela permet une reprise de dialogue souvent inexistant dans leur entourage (quelques patientes sont restées en contact).
L'homme, lui, ne sort pas beaucoup de sa chambre et ne ressent pas ce besoin d'échanger.
Globalement la population masculine préfèrerait se fondre dans la population générale hospitalisée, et rester discrète sur son motif d'admission.

7- Principales différences de prise en charge dans les deux types d'unités.

Les différences significatives entre les deux catégories de services (au profit de l'unité des suicidants) concernent, entre autres, cinq critères de l'ANAES : l'entretien dans les vingt-quatre heures suivant l'admission avec le psychiatre, la confidentialité, le nombre de ces entretiens, la présence de l'infirmière
psychiatrique, la prise en charge de la famille et les rendez-vous de sortie en particuliers pour les patients initialement sans suivi. Ces différences montrent le bénéfice d'une équipe psychiatrique sur place, dont la disponibilité ne dépend pas du nombre de patients (celui-ci étant fixe), contrairement à l'équipe de psychiatrie de liaison pour laquelle la demande de soins peut être très variable, car ne porte pas exclusivement sur les patients suicidants.
D'autre part, la moyenne d'âge des patients hospitalisés en général étant en augmentation alors que la tranche d'âge la plus représentée chez les suicidants est de seize à quarante quatre ans, il est plus fréquent en médecine (dans les chambres multiples) que les relations soient moins fréquentes, la promiscuité plus gênante et parfois culpabilisante en raison de la gravité de l'état de santé de certains patients non suicidants. Ainsi les femmes dont une minorité se trouve en chambre seule ressentent davantage ce phénomène.

Cependant, l'appréciation globale reste malgré tout satisfaisante, et le plus important pour la majorité des patient est de ne pas se sentir isolé.

Tous les patients interrogés sont satisfaits d'avoir débuté la prise en charge à l'hôpital général car il s'agit pour eux d'un lieu neutre, et ils n'auraient sans doute pas accepté l'orientation vers le centre hospitalier spécialisé.

Les suicidants passés en réanimation sont impressionnés par la qualité de l'écoute et des soins de l'équipe soignante.

Enfin, un quart des patientes évoquent des biens faits éventuels de véritables groupes de parole animés par l'équipe soignante, et d'activités organisées en communauté avec d'autres services de médecine.

CONCLUSION

La prise en charge des suicidants s'est élaborée, progressivement. Après une époque où la consultation avec le psychiatre n'était pas systématique, cette conception n'est actuellement plus remise en cause, et l'hospitalisation est de plus en plus fréquemment proposée au décours d'un geste suicidaire par recommandation des bonnes pratiques selon les données de l'ANAES.

Les patients admis pour une tentative de suicide sont globalement satisfaits de leur prise en charge au CHU d'Angers. Pour la majorité, cette coupure et ce temps de repos sont nécessaires afin de prendre du recul et de ne plus se retrouver seuls face aux problèmes devenus envahissants. Une prise en charge psychiatrique leur est apportée sans pourtant que leur soit attribuée l'étiquette souvent redoutée de la « folie » attachée à l'hôpital spécialisé. Quelques différences significatives ont été mises en évidence entre le service des suicidants et les autres services de médecine.

Les résultats de notre étude plaident en faveur de la prise en charge en unité spécialisée de« lits suicidants », dont il conviendrait d'augmenter la capacité d'accueil, puisque 58% des patients sont encore hospitalisés en médecine. Cependant une unité comportant un trop grand nombre de lits pourrait avoir des inconvénients: la banalisation par les patients de leur geste, vécu comme courant puisque de nombreuse personnes seraient hospitalisées pour le même motif.

Un univers trop protecteur pourrait pousser les patients à y revenir et à se déresponsabiliser, alors que le but de la prévention du suicide et de ses récidives est de redonner à chaque patient une légitimité à sa vie et de lui éviter une retraite dans la solitude qui, lorsqu'elle devient une fuite, semble rapidement sans issue.

Dans l'année précédant le suicide, il y a en moyenne près de cinq évènements graves dans la vie du patient (37). Sept patients sur dix parlent de leurs intentions, avec pour la moitié de ces personnes, une réponse de fermeture de la part de l'entourage. Il existe un malaise à transgresser l'espace du privé, d'autant que la personne paraît suffisamment lucide pour comprendre les conséquences de son acte.

Prévenir le suicide peut signifier pour le soignant s'immiscer dans la vie privée du patient. Mais il ne faut pas confondre privé et intimité, celle-ci favorisant l'épanouissement de la personne. Il est donc primordial de prendre en charge les proches du patient. Il est tout aussi important de répondre à la demande de formation exprimée par les médecins généralistes, aussi bien pour apprécier le risque suicidaire que pour apprendre à écouter les patients. En effet, les généralistes sont confrontés en moyenne à trois tentatives de suicide par an, et ils sont le premier recours pour un suicidant sur trois (36).

Cela implique donc le développement de réseaux coordonnés et multidisciplinaire afin d'éviter l'isolement du patient et de son soignant.

Annexes

Annexe n°1 :

UN PLAN DE PREVENTION DU SUICIDE

A l'occasion de la deuxième journée nationale de prévention du suicide, qui a eu. lieu en février dernier (1997), Bernard Kouchner a présenté un plan de prévention du suicide en quatre axes:

développer l'écoute: à cet effet les principaux organismes nationaux engagés dans le champ de l'écoute recevront le soutien du ministère en 1998. De même les « points d'accueil jeunes » et les« points d'écoute », actuellement au nombre de 76, « doivent encore être multipliés ». Actuellement une évaluation de l'ensemble de ces structures est en cours:

mieux prendre en charge les adolescents à l'hôpital: comme le souligne le rapport sur« l'hospitalisation des adolescents »*, il est nécessaire d'apporter une réponse psychiatrique spécialisée aux personnes ayant réalisé un acte suicidaire. Les services d'urgence pourraient à cet effet créer des « lits-porte ».Pour affiner le contenu de cette réponse hospitalière, l'ANAES a été saisie pour élaborer un protocole type de réponse psychiatrique aux urgences, de prise en charge hospitalière des suicidants, de projet de sortie.

s'appuyer sur les médecins généralistes: le geste suicidaire est précédé dans la moitié des cas par une consultation avec un médecin dans la semaine qui précède. Il faut donc permettre aux médecins de repérer certains signes d'alerte, de se familiariser aux techniques d'écoute et de connaître leurs partenaires dans le travail en réseau.

initier une politique de communication: en 1998, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a dégagé deux millions de francs de crédits pour mener en relation avec le Comité français d'éducation à la santé (CFES) et la Direction générale de la santé (DGS) des actions de communication sur le suicide.

Pour permettre d'affiner les réponses à apporter à la question du suicide une recherche-action sera menée, avec le concours de l'Inserm et de l'ANAES, pendant trois ans, afin d'élaborer des recommandations.

..* « L'hospitalisation de adolescents », P. Alvin, X. Pommereau, P. Jeammet.

Annexe 2 :

CRITERES de l'ANAES

Extraction de 15 critères opérationnels, qui constituent le référentiel, à partir des recommandations professionnelles.

l--La prise en charge du patient adressé à l'hôpital pour un tentative de suicide a débuté dans le service d'urgence (SAMU-SMUR compris).

2--Un examen initial a été réalisé aux urgences

3--Le patient a bénéficié d'un premier entretien avec un psychiatre dans les 24 heures qui ont suivi son admission.

4--Cet entretien s'est déroulé dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité.

5--Le patient a été revu au minimum une fois pendant son hospitalisation.

6--C'est le même psychiatre qui a revu le patient lors des différents entretiens.

7--Un échelle d'évaluation structurée a été utilisée, en complément de l'entretien, pour apprécier le risque de récidive suicidaire.

8--Les proches du patient ont été reçus en entretien par le psychiatre au moins une fois pendant l'hospitalisation.

9--Une assistante sociale a évaluer la situation sociale du patient (situation familiale, scolaire, professionnelle, suivi social en cours).

10--Lorsque le patient est resté hospitalisé après les urgences, cela s'est fait dans un service appropriée centre d'accueil et de crise psychiatrique, service de psychiatrie infanto-juvénile ou générale, de pédiatrie, de médecine interne).

I1--Des contacts préalables à la sortie du patient ont été établis, avec son accord et si nécessaires avec celui des tuteurs légaux, avec les intervenants extérieurs concernés: milieu scolaire, éducatif, professionnel, sanitaire...

12--Un professionnel référent a coordonné les décisions concernant le patient pendant toute la durée du séjour (la fonction de référent peut être exercée par deux personnes pour assurer la continuité).

13--Le patient a quitté l'hôpital avec un rendez-vous en consultation spécialisée, rendez-vous pris par l'équipe soignante, le patient lui-même ou ses proches.

14--Le patient a reçu à sa sortie une carte mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables 24h/24 en cas de besoin.

15--Le professionnel référent s'est informé de la venue du patient au rendez-vous fixé à sa sortie et a pris les initiatives nécessaires en cas d'absence de celui-ci.

Annexe n°3 :

Direction générale de la santé

Sous-direction de la santé et de la société

Circulaire DGS-SD6C n° 2002-271 du 29 avril 2002 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2002

(Texte non paru au *Journal officiel).*

Date d'application: immédiate.

Textes de référence:

Recommandations ANAES sur la prise en charge hospitalière des adolescents ayant fait une tentative de suicide de 1998. www.anaes.fr ;

Conclusions de la Conférence de consensus FFP/ANAES sur« la crise suicidaire: reconnaître et prendre e charge» des 19 et 20 octobre 2000. www.anaes.fr et www.psydoc.France.fr ;

Circulaire n° 2001-318 du 5 juillet 2001 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-200 actions prioritaires pour 2001 ;

Plan gouvernemental de santé mentale « l'usager au centre d'un dispositif à rénover» rendu public le 14 novembre 2001 ;

Circulaire DGS/SD4B/SD6C n° 2002-43 du 25 janvier 2002 relative à l'organisation d'une « Journée nationale des programmations régionales de santé: de la prévention du suicide vers une approche globale d la prévention du suicide» ;.

Circulaire DGS/SD6D n° 2002-100 du 19 février 2002 relative aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS) ;

Circulaire DGS/DGAS n° 2002-145 du 12 mars 2002 relative à la mise en oeuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute des jeunes.

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Mesdames, Messieurs les préfets de région (directions régionale des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]); Mesdames, Messieurs les préfets de .département (directions départementales des affaires sanitaires et

sociales [pour information]) ; Mesdames, Messieurs le directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation (pour information) La présente circulaire a pour objet de préciser pour 2002 les conditions de mise en oeuvre de la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005.

La priorité nationale de santé publique que constitue la prévention du suicide est réaffirmée dans le plan gouvernemental de santé mentale « L'usager au centre d'un dispositif à rénover» rendu public le 14 novembre 2001. Ce plan, qui propose une rénovation profonde de la politique de santé mentale, souligne la nécessité d'intégrer la prévention du suicide dans une approche plus globale de la santé mentale, tant dan le domaine de la prévention que dans celui de la prise en charge.

En effet, toute action concourant à la promotion de la santé mentale, ainsi qu'à une amélioration des prises charge en ce domaine est de nature à renforcer les politiques de prévention du suicide. Il est également utile d'articuler les différentes programmations dans le domaine de la prévention du suicide avec les PRAPS, les PRS et les schémas régionaux d'organisations des soins, notamment en psychiatrie. Il s'agit de favoriser une mutualisation des connaissances et des compétences mobilisées, voire des moyens, autour de la prévention du suicide et plus largement de la santé mentale. La récente journée nationale des programmations de santé de la prévention du suicide vers une prévention globale en santé mentale» organisée par mes services le 26 mars 2002, illustre cette démarche.

I. - ACTIONS DE PRÉVENTION

Au regard de la complexité de la problématique du suicide, qui concerne tout à la fois l'individu - quel que soit l'âge de la vie -, l'institution, - qu'elle soit éducative, sociale, sanitaire ou pénitentiaire... -, la vie privée ou le milieu du travail, la prévention du suicide nécessite une politique active de prévention primaire en santé mentale.

1. Promotion de la santé mentale

Il s'agit du développement d'actions d'information relatives à la souffrance psychique et aux troubles mentaux ainsi qu'aux modalités de prise en charge et de soins qui intègrent la problématique de la prévention du suicide. La convention DGS/CFES 2002 relative à la santé mentale vise à développer des campagnes de communication en ce sens.

Ces campagnes devront à moyen terme être relayées par des actions locales de promotion de la santé mentale. Aussi, les programmations régionales de santé devrait, dès cette année, aborder cette problématique en matière de prévention du suicide. Les professionnels libéraux et publics du dispositif spécialisé de soins en psychiatrie impliqués en la matière seront étroitement associés à ces réflexions. Garants des objectifs et du contenu des messages locaux proposés, ils éviteront tout effet délétère.

2. Actions de prévention primaire ou d'éducation pour la santé

Ces actions doivent être développées en amont de toute manifestation de comportement à risque ou de symptômes.

Je veillerai à ce que cette dimension soit bien prise en compte lors de l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé en 2002. Je vous informe que j'ai mandaté le CFES pour recenser auprès de vos services les actions existantes en la matière, analyser leurs objectifs et évaluer leur impact.

En outre, des colloques interrégionaux seront organisés par la CNAM, le CFES, la Mutualité française, en liaison avec ma direction, sur le thème de la prévention du suicide et de la promotion en santé mentale. Ces colloques permettront notamment de diffuser le « guide d'action sur la prévention primaire du suicide des jeunes» susvisé. Ils devraient avoir lieu au second semestre 2002 à Lyon, Toulouse, Amiens, Paris, Nantes Besançon. Le référent sur

la prévention du suicide sera sollicité pour préparer ces colloques (choix des thèmes et des intervenants). La logistique (location de salle; convocation; frais d'organisation) sera assuré par le CFES (cf. lettre ci-jointe du CFES de mars 2002 portant recommandation pour l'organisation de ces colloques).

La mise en place de la pédagothèque du CFES chargée, à la demande de l'Etat, d'analyser le contenu d'outil d'informations sur la prévention du suicide et la santé mentale, sera effective au second semestre 2002. Les outils proposés par cette pédagothèque seront disponibles auprès des CODES ou CRES.

Je vous informe en outre que des travaux sont prévus dès cette année avec les services de l'Éducation nationale et de la justice sur le cadre offert par leurs institutions et les compétences des différents professionnels qui y exercent, afin de renforcer les logiques de prévention du suicide.

Par ailleurs, l'écoute et le soutien psychologique des personnes en souffrance psychique et de leur famille participent de la prévention du suicide. C'est pourquoi j'ai souhaité renforcer mon soutien financier aux associations de téléphonie sociale fédérées par l'Union nationale pour la prévention du suicide. Je vous invite à intégrer ces associations dans les programmations en matière de santé et les réseaux formalisés ou non da le champ de la prévention du suicide. En effet, ces « écoutants », professionnels ou bénévoles, dont le recrutement et le rôle sont régis par un cadre formalisé notamment par une charte éthique, développent une écoute auprès de personnes en détresse, souffrant de solitude ou en mal être, qui participe de la prévention matière de santé mentale.

La circulaire du 12 mars 2002 relative au dispositif des points d'accueil et d'écoute jeunes susvisée rappelle rôle positif que peuvent jouer de tels dispositifs, dans le cadre des programmations régionales sur la prévention du suicide.

Enfin, le renforcement, en 2001, du recrutement de psychologues pour le suivi psychologique des personnes en souffrance ou victimes de violences dans les services hospitaliers de soins somatiques, y compris les services d'urgence, contribue fortement à la prévention du suicide.

II. - DIMINUTION DE L'ACCÈS AUX MOYENS DE SUICIDE LES PLUS LÉTAUX

La diminution de l'accès aux moyens de suicide les plus létaux, troisième axe de la stratégie

nationale d'actions face au suicide, vise à éviter les décès par suicide.

J'attire votre attention sur les nouvelles dispositions de la loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à sécurité quotidienne, - article 7 modifiant l'article 19 du décret du 18 avril 1939 fixant le régime des matériel de guerre, armes et munitions .:., qui instaure, dans un but de prévention, une mesure de police administrative autorisant le préfet à saisir les armes et munitions détenues par une personne dont le comportement ou l'état de santé présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Dans ce cadre, le préfet peut ordonner à la personne de remettre à l'autorité administrative ses armes et munitions. Ces armes doivent être ensuite remises immédiatement aux services de police ou de gendarmerie. Au terme d'une année, le préfet décide soit la restitution de l'arme et des munitions, soit la saisie définitive celles-ci. Il est alors interdit aux personnes dont l' arme et les munitions ont été saisies définitivement d'acquérir et de détenir des armes et munitions. .

Si la personne refuse de restituer volontairement ses armes et munitions, la loi précitée prévoit la saisine du juge des libertés et de la détention pour permettre aux services de police judiciaire l'accès au domicile de la personne concernée entre 6 heures et 22 heures.

Un décret d'application est actuellement en cours d'élaboration au ministère de l'intérieur.

En tout état de cause, cette mesure devrait contribuer fortement à la prévention du suicide et notamment à 1 gestion de la crise suicidaire par les professionnels de santé. Les recommandations de la conférence de consensus sur la crise suicidaire « mieux repérer et prendre en charge» d'octobre *2000,* signalent, en effet, que la présence de moyens létaux à disposition de la personne en crise suicidaire constitue un risque élevé dangerosité et de passage à l'acte de manière impulsive.

III. - ACTIONS RELATIVES À L'AMÉLIORATION DU REPÉRAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN CRISE SUICIDAIRE ET DE CELLES QUI ONT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

1. Organisation de formations interdisciplinaires locales sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire

Ainsi que je vous l'indiquais par circulaire précitée du 5 juillet 2001, trois sessions nationales de formations de formateurs sur la crise suicidaire ont été organisées et ont permis la

formation dans chaque région d'au moins un binôme de formateurs, généralement psychiatre et psychologue (cf. liste jointe).

Une quatrième session nationale de 26 personnes au maximum, aura lieu à Nantes du 16 au

19 septembre *2002* pour les régions qui souhaiteraient bénéficier d'un binôme supplémentaire de formateur régionaux, composé d'un psychiatre et d'un psychologue. Cette session sera également ouverte à des personnalités locales fortement impliquées dans la prévention du suicide ainsi qu'à des professionnels du champ de la formation dans le domaine de la santé mentale.

Je souhaiterais être destinataire de vos éventuelles propositions pour le 21 juin *2002* au plus tard.

Chaque binôme régional s'est engagé à assurer la restitution du contenu de cette session nationale, dans le cadre de formations locales en vue de permettre la diffusion et l'appropriation des conclusions de la conférence de consensus par les professionnels des différents champs sanitaire, social, médico-social et éducatif.

Outre l'augmentation des compétences dans la gestion de la crise suicidaire, les formations interdisciplinaires ont pour objet de susciter les convergences entre les besoins des différents professionnels et de favoriser le développement d'un travail en partenariat ou en réseau.

En 2002, trois sessions de formations territoriales interdisciplinaires peuvent être organisées. Ces formation de deux jours concerneront chacune une vingtaine de personnes, soit au moins 60 personnes ressources formées dans chaque région. Les crédits délégués sur le chapitre 47 -11/20 permettront d'indemniser les personnalités composant le binôme de formateurs régionaux, d'assurer la location éventuelle de salles et de prendre en charge les frais de transport, d'hébergement et de restauration des personnes ressources précitées former.

Pour déployer au mieux le contenu de la formation auprès des différents partenaires institutionnels impliqués dans la prévention du suicide, ces formations régionales devront cette année toucher les 10 champs d'action suivants:

- les associations de bénévoles oeuvrant dans le champ du suicide (par la téléphonie sociale ou l'accueil et 1 soutien des personnes suicidantes) ;
- les points accueil et écoute jeunes;
- les médecins généralistes;

- les pédiatres;
- les urgentistes ;
- les secteurs de psychiatrie;
- les gériatres travaillant en institution;
-les professionnels de l'éducation nationale (enseignants et infirmiers scolaires) ;
- les chefs de service pénitentiaires et travailleurs sociaux des SPIP ;
- les professionnels socio-éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse.

Il appartient au référent DRASS sur la prévention du suicide de prendre l'attache de ses partenaires institutionnels pour rechercher dans ces 10 champs d'actions les personnes ressources susceptibles d'être formées. Afin de faciliter les désignations de ces personnes, je vous informe que des projets d'instruction par voie de circulaire, dont vous serez également destinataires, sont en cours au sein de l'éducation nationale et du ministère de la justice.

La personne ressource n'a pas vocation à devenir un formateur. Elle doit relayer la formation, par la diffusion d'informations pertinentes sur la prévention du suicide dans son champ d'intervention. A titre d'exemple, un infirmier scolaire formé constituera une ressource pour l'institution scolaire étant en capacité, d'une part, d'apporter lors de situations concrètes des éléments de connaissances scientifiquement validées et, d'autre part, de proposer une orientation vers un réseau local de prise en charge.

Deux prérequis semblent indispensables pour adhérer à ces formations territoriales: le volontariat et la pratique effective auprès d'un public pouvant être en souffrance psychologique.

2. L'amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide : les audits cliniques

Cette amélioration, qui repose sur la conjugaison des dimensions somatiques, sociologiques et psychopathologiques, a été réalisée par la mise en oeuvre d'audits cliniques des services d'urgence des établissements de santé. Ces auto-évaluations permettent, en effet, de mesurer la mise en oeuvre des recommandations relatives à la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide Ainsi depuis 1999, 111 établissements de santé ont été formés (Bourgogne, Bretagne, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Poitou-Charente, Rhône-Alpes). Parmi ces établissements, 80

ont fait un premier audit et 19 ont réalisé une réévaluation.

En 2002, 30 établissements de santé sont actuellement inscrits dans cette démarche (Auvergne, Centre, Ile-de-France, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côtes-d'Azur).

Modalité de mise en oeuvre de l'audit clinique :

Vous avez été destinataire, en janvier 2002, du kit de l'ANAES : « Audit clinique sur la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide », publié en octobre 2001.

Je tiens à préciser que les référentiels de l'audit clinique ont été modifiés par l'ANAES afin de pouvoir désormais concerner tous les âges de la vie et ainsi adapter les prises en charge proposées à l'ensemble des situations rencontrées.

A l'issue des premiers audits, des recommandations complémentaires peuvent être transmises aux établissements de santé volontaires:

- assurer l'implication des commissions médicales d'établissements (CME) afin de favoriser la prise en compte des propositions résultant de l'audit, étant rappelé que ces propositions n'induisent pas nécessairement un coût supplémentaire pour les établissements de santé;

- s'appuyer sur des logiques fortes de formation:

- 1 jour au début de l'audit pour l'aide au recueil des données pertinentes à l'élaboration d'un diagnostic.

- 1 jour pour analyser les résultats de la première phase d'évaluation et faciliter l'élaboration d'un plan d'actions.

Afin d'asseoir la démarche, notamment dans la durée, il est utile de prévoir la formation d'au moins deux personnes par établissement (médecin urgentiste, membre de l'équipe de psychiatrie).

Les premières expériences ont démontré l'importance des formations réunissant plusieurs établissements - sans dépasser toutefois le nombre de 20 personnes -, afin de permettre des échanges et de favoriser une culture commune.

A l'issue de la deuxième phase de l'audit par l'ensemble des établissements de santé volontaires d'une région le correspondant ANAES assurera une demi-journée de restitution des résultats de l'ensemble des audits. C résultats seront anonymisés.

Il appartient aux référents des DRASS d'organiser, avec le correspondant ANAES, les deux formations précitées, ainsi qu'une réunion de restitution des résultats de l'audit clinique

auprès des établissements de santé volontaires.
Enfin, je vous rappelle que les orientations précitées s'inscrivent en cohérence avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 qui poursuit le renforcement des secteurs de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie les plus déficitaires.
Perspectives de l'audit:
Vous trouverez ci-joint les premiers résultats des audits réalisés en 1999 et 2000. Ils mettent notamment en exergue la nécessité de mieux préparer la sortie des patients afin de favoriser un suivi post-hospitalier fond sur des pratiques en réseau.
Aussi, je vous engage à prolonger les travaux issus des audits dans le cadre de la dynamique régionale amorcée par le développement des partenariats et des réseaux de prise en charge des personnes suicidantes

- entre services hospitaliers (services d'urgence et secteur de psychiatrie), ou
- entre ville et hôpital (associations; médecins généralistes; psychiatres et psychologues libéraux ; institutions éducatives, sociales et médico-sociales).

3. Le développement des partenariats et réseaux de prise en charge

La prévention du suicide nécessite la fédération et l'implication de l'ensemble des acteurs concernés par cette problématique, qu'il s'agisse des associations de pairs ou des différents intervenants des champs éducatif, social et sanitaire. Vous veillerez à développer cette approche à partir des PRS suicide ou, le cas échéant, d'une autre programmation régionale, dont les PRAPS.
A cet effet, des crédits à hauteur de 2.012.327 euros ont été spécifiquement dédiés à la prévention du suicide.
Je vous engage à ce titre à financer notamment les actions prioritaires suivantes:

- les formations interdisciplinaires sur la crise suicidaire précitées;
- le renforcement ou l'impulsion d'actions de partenariat, voire les réseaux entre les acteurs du milieu associatif, les institutions du champ éducatif et social et le milieu hospitalier (urgences et secteurs de psychiatrie) autour de la prise en charge des personnes en souffrance ;
- l'élaboration d'outils régionaux d'information sur l'offre de prise en charge dans le domaine de la prévention du suicide.

Je vous incite, par ailleurs, à rechercher des cofinancements éventuels auprès des partenaires institutionnels impliqués dans la prévention du suicide.

Concernant les guides-répertoires régionaux sur la prévention du suicide:

La circulaire du 5 juillet 2001 susvisé engage les référents DRASS sur la prévention du suicide à élaborer, lien avec les observatoires régionaux de la santé, des outils régionaux d'information sur l'offre de prise en charge dans le domaine de la prévention du suicide. Il s'agit de répondre à un souci de lisibilité locale des acteurs de différents champs d'intervention impliqués dans ce domaine.

La Fédération nationale des observatoires régionaux de santé a été sollicitée par mes services pour réaliser document portant: « Recommandations pour la réalisation d'un guide répertoire sur la prévention du suicide. » (cf. ci-joint). Ce guide a été élaboré à partir des évaluations d'actions similaires réalisées en 1999 dans le cadre de trois PRS (Bretagne, Champagne-Ardenne et Pays de Loire).

Ce document pourra constituer, pour le référent DRASS, un appui méthodologique non seulement pour la réalisation des outils d'information régionaux précités, mais plus globalement pour le développement d'une dynamique de fédération des différents acteurs impliqués autour de la prévention du suicide.

En effet, l'outil d'information proposé ne se limite pas à un listing des professionnels et institutions locales. intègre également une partie « guide» apportant des informations générales sur les bonnes pratiques et sur les missions des professionnels et structures, en précisant notamment les limites de compétence de chacun des intervenants.

Ainsi, le temps et les rencontres nécessaires à l'élaboration de ce document favorisent la création de liens interdisciplinaires autour de la problématique de prévention du suicide.

Vous voudrez bien me faire part des difficultés le cas échéant rencontrées dans la mise en oeuvre de ces orientations. Mes services se tiennent à votre disposition pour vous apporter toute information utile à la réalisation de ces actions prioritaires de santé publique.

Le sous-directeur, de la santé et de la société, B. Basset

Annexe n°4 :

Prise en charge des suicidants adultes au CHU d'Angers

Charte de fonctionnement

Cette charte de fonctionnement s'inscrit dans la suite du protocole d'accueil et de prise en charge des suicidants par le service des maladies infectieuses du CHU d'Angers en partenariat avec le service de psychiatrie, protocole établi pour une durée de deux ans depuis le 1er novembre 1998. en effet, cette activité représentant 6 lits d'hospitalisation doit prendre place dans le service de médecine E à partir du 27 novembre 2000.

1. Contexte

La prise en charge des suicidants est une priorité nationale de santé publique et sonoptimisation un objectif du schéma régional d'organisation sanitaire 1999/2004.
La région des Pays de la Loire présente une surmortalité suicidaire de 24% par rapport à la moyenne nationale avec 800 décès par suicide par an (plus que les accidents de la route), 179 en Maine-et-Loire en 1997.
8000 tentatives de suicide sont accueillies dans les hôpitaux de la région.
En Anjou, le suicide représente la première cause de mortalité pour les hommes de 25-45 ans et la deuxième cause entre 18 et 25 ans.
Sur le CHU d'Angers, une enquête effectuée en mars 1998, révèle 124 admissions pour tentative de suicide par mois sur l'ensemble du site soit 1400 admissions par an environ. Plus de 90 % des tentatives de suicides le sont par absorption médicamenteuse et dans 24 % d cas elles s'associent avec une alcoolisation aiguë.
On constate qu'un suicidant sur deux est un récidiviste et 15% récidivent dans les deux ans avec 2% de décès par suicide dans les deux ans et 10% dans les dix ans.

Plusieurs études épidémiologiques confortent l'idée d'une corrélation entre la dur d'hospitalisation avec des soins actifs et l'organisation d'un suivi ambulatoire, et la diminution du nombre de récidives suicidaires.

Un des objectifs posés en réponse aux besoins des patients par le SROS est de participer

al actions de prévention menées dans les établissements de santé dont la diminution du nombre des décès par suicide en s'appuyant sur cinq principes fondamentaux: la qualité, l'accessibilité, la subsidiarité, la complémentarité et le décloisonnement.

La coopération du CESAME avec le CHU d'Angers permet de poursuivre cet objectif permettant l'accueil de patients en milieu hospitalier général.

2. Objectifs généraux

Les deux objectifs principaux poursuivis sont :

- La réduction de la mortalité par suicide
- La réduction du taux de récidive des primo-suicidants accueillis à l'hôpital.

Ces objectifs passent par l'amélioration des soins ayant été réalisés pour les tentatives de suicide admises en milieu hospitalier. En effet, le passage à l'hôpital constitue un moment privilégié pour une prise en charge qui ne doit pas se limiter à des soins somatiques et toxicologiques mais doit inclure une évaluation psychiatrique ainsi que la construction d'un projet de soins en vue d'une orientation.
L'atteinte des objectifs dépend largement de l'optimisation du suivi proposé aux suicidants, de l'accueil, du séjour hospitalier, de l'évaluation et de la qualité des décisions d'orientation qui en résultent.

L'amélioration de cette prise en charge s'inscrit dans le programme départemental de prévention du suicide mis en œuvre depuis 1996 à l'initiative de la Caisse primaire d'assurance maladie d'Angers. Un comité départemental pluridisciplinaire et pluri--institutionnel de prévention du suicide a deux missions essentielles :
- la mise en œuvre d'actions d'information, de sensibilisation et de formation
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge des suicidants.

U réseau interne au CHU d'Angers a été créé, en associant les praticiens et les services impliqués avec pour but d'assurer la continuité de la prise en charge des patients suicidants. Ces services sont les suivants :

- Psychiatrie et psychologie médicale

- Accueil et traitement des urgences
- Centre anti-poison
- Réanimation médicale
- Maladies infectieuses
- Médecine E
- Médecine B (pour les lits des détenus)

Le comité départemental a donné lieu à différents travaux dont :

- L'édition et la diffusion d'un guide des lieux ressources en matière d'accueil et d'écoute des suicidaires et des suicidants dans le département en 1998
- La mise en place d'actions de formation et d'information à destination des médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, directeurs d'établissements scolaires, personnel pénitentiaire et des différents acteurs impliqués.
- La définition de recommandations de bonnes pratiques cliniques dans la prise en charge initiale des suicidants adultes en milieu hospitalier en 1998
- La validation d'un protocole d'accueil et de prise en charge des suicidants enfants et adolescents en pédiatrie générale en 1999
- L'étude de ses besoins en matière de souffrance psychique au travail: édition d'une plaquette d'information, soutien à la création d'une association et organisation d'une journée débat.

3. Accueil et prise en charge des suicidants par le CHU d'Angers

3.1. Les objectifs

Dans le cadre d'une collaboration étroite entre les services de soins du CHU d'Angers et le service de psychiatrie et de psychologie médicale, l'amélioration de la prise en charge des suicidants, l'optimisation du suivi et la réduction des récidives passe par:

- La création d'une unité de lieu d'accueil et d'équipe
- L'amélioration de l'évaluation et de l'orientation des patients
- Le suivi des patients par un seul médecin psychiatre
- La présence dans la journée d'une infirmière du CESAME
- Une hospitalisation de 3 jours minimum

- L'application des recommandations des bonnes pratiques cliniques (contacts avec l'entourage, le médecin traitant. . .)

3.2. *Le dispositif*

Depuis le 2/11/1998, le dispositif a consisté en la création de 6 lits dans le service des maladies infectieuses soit 3 il l'unité Lépine et 3 à l'unité Barbary, et la mise à disposition d'une équipe médicale et paramédicale en santé mentale. Cette prise en charge s'étend aux suicidants détenus, hospitalisés en Médecine B (Broussais) en provenance de la maison d'arrêt.

A partir du 27/11/2000, cette activité est transférée dans le service de Médecine E qui comporte un pôle d'addictologie, de médecine psychosociale et de pathologies professionnelles.
Les 6 lits mis à disposition se situent au sein de l'unité Fiessinger 2 qui comprend en plus 15 lits de Médecine générale et 6 lits de médecine à orientation psychosociale.
Par principe, cette unité de soins n'accueillera pas plus de 6 suicidants âgés de plus de 18 ans.

Les 6 lits sont clairement identifiés : ils ne peuvent pas être affectés (sauf situation exceptionnelle) à d'autres patients que des suicidants. En effet, les fenêtres de ces chambres sont spécialement équipées d'un renforcement du vitrage afin d'éviter tout accident lié à une volonté de défénestration ou de blessure volontaire.

Administrativement, la gestion des lits est identifiée par la création d'une unité fonctionnelle particulière (n°1075) permettant d'assurer un suivi de l'activité : durée moyenne de séjour et taux d'occupation.

Ces dispositions sont transitoires dans l'attente d'une nouvelle organisation comprenant le regroupement de l'accueil des suicidants et de lits de crise au sein d'une unité médico-psychotoxicologique (UMPT) dans le cadre de la restructuration du service d'accueil des urgences.

3.3. *La prise en charge médicale*

Dans le cadre prédéfini, la prise en charge des patients. suicidants s'effectue sous la responsabilité médicale du médecin chef de service de Médecine E en collaboration avec le médecin chef de service de psychiatrie et de psychologie médicale.

Un référent praticien hospitalier psychiatre assure le suivi du lundi au vendredi et a un rôle de coordinateur en particulier auprès des psychiatres vacataires du réseau. Les nuits, les weekends et les jours fériés sont couverts par l'astreinte opérationnelle de psychiatrie.
La mission de formation universitaire de l'institution justifie la présence d'étudiants hospitaliers stagiaires en psychiatrie.

Un référent médical du service de Médecine E assure le suivi dans la prise en charge des problèmes somatiques présentés par les patients. Une astreinte de nuit sur la semaine et de jour comme de nuit sur les week-ends et jours fériés permet d'assurer une continuité dans la prise en charge.

3.4. *La prise en charge paramédicale*

Les patients suicidants sont pris en charge globalement par le personnel infirmier de l'unité Fiessinger 2.
Une infirmière ayant une expérience en santé mentale est mise à disposition par le CESAME est présente du lundi au vendredi de 9h à 17h30. En dehors de ces horaires, la prise en charge est effectuée par le personnel de soins de l'unité.
Les infirmières, au nombre de 4, interviennent sur le site, par période de 2 semaines consécutives. Elles organisent leurs absences de façon il assurer la continuité des soins en santé mentale en Médecine E. Un calendrier prévisionnel des présences sur 6 mois est adressé au cadre infirmier supérieur du service de Médecine E par le cadre infirmier de l'unité paramédicale d'accueil psychiatrique (UPAP).

Le rôle des infirmières s'inscrit dans le champ des compétences infirmières définies par le décret du 15/3/1993.
En conséquence, les interventions infirmières couvrent la prise en charge globale des

patients: soins de base, soins techniques, relationnels et éducatifs sans restriction particulière. Cependant, l'infirmière de l'UPAP intervenant dans le cadre de la prise en charge spécifique des suicidants aura pour missions essentielles de :

- Mettre en place et instaurer une relation de soins avec le patient et son entourage
- Analyser la situation des patients en tenant compte des différentes dimensions : personnelle, familiale, sociale et professionnelle.
- Etablir des liens fonctionnels avec l'équipe infirmière du service de médecine E et les

équipes médicales afin d'articuler son activité au sein du service

- Assurer la prise en charge globale des patients, y compris les soins de base et soins techniques en collaboration avec les infirmières du service. Les soins font l'objet d'une restitution écrite dans le dossier de soins et d'une transmission orale pour une meilleure compréhension clinique de la souffrance morale.
- Animer et participer à des groupes de parole soignants au cours desquels les problèmes de patients, le vécu des soignants, les objectifs de soins du service sont présentés.
- Mener une réflexion sur les actions éducatives ou de prévention destinées aux patients.

3.5. L'organisation

Les principes de base de l'organisation sont les suivants:

- 6 lits de l'unité de Médecine E (unité Fiessinger 2) sont réservés à la prise en charge des patients adultes ayant fait une tentative de suicide. Les chambres identifiées sont les suivantes : trois chambres seules (7, 8, et 9) et une chambre à trois lits (10).

- Les patients sont admis dans le service soit directement par le service d'accueil et de traitement des urgences, soit par le service de réanimation médicale, soit dans le cadre d'un transfert secondaire à partir d'un service de médecine ou de spécialité ayant accueilli un suicidant et après l'évaluation des risques et la surveillance nécessaire. Les admissions directes sont exclues du dispositif.

- Le fonctionnement de cette unité fonctionnelle repose sur l'implication d'une équipe pluridisciplinaire :

- un médecin PH ou chef de clinique assistant (CCA) de psychiatrie intervenant à mi-temps tous les matins

- un interne de psychiatrie présent tous les matins du lundi au vendredi

- un médecin PH ou chef de clinique du service de Médecine E intervenant pour la prise en charge somatique

- l'encadrement infirmier (CSI et CI) du service de Médecine E et de l'UPAP (CESAME)

- l'équipe infirmière mise à disposition par le CESAME présente du lundi au vendredi de 9h à 17h30

- l'équipe infirmière (IDE et AS) du service de Médecine E

- l'assistante sociale du service social des hospitalisés

- L'organisation du suivi des patients et leur orientation sont assurées par le médecin psychiatre en collaboration avec les infirmières de santé mentale et l'ensemble des partenaires habituels du secteur sanitaire et social.

- Des contacts sont pris avec le médecin traitant ou le psychiatre qui assure habituellement le suivi ou l'équipe pluridisciplinaire de secteur en santé mentale.

- Les rendez-vous sont pris par l'infirmière de l'UPAP.

- La frappe des courriers est assurée par les secrétaires du service de Psychiatrie.

- Les ordonnances de sortie sont rédigées par l'interne en psychiatrie sous couvert du praticien hospitalier ou CCA de psychiatrie.

- La fiche de liaison médicale est rédigée par l'interne ou le résident de Médecine E.

- Un compte rendu d'hospitalisation réalisé par le praticien hospitalier de psychiatrie est adressé aux différents médecins notamment le médecin du centre anti-poison.

3.6. Liens hiérarchiques et fonctionnels

Les infirmiers en santé mentale restent attachés dans leur rôle propre et délégué de gestion et d'organisation des soins à la direction du service de soins infirmiers du CESAME, sous la responsabilité des cadres infirmiers de l'unité paramédicale d'accueil psychiatrique (UPAP) de l'unité de soins du service de Médecine E.

Les cadres infirmiers exercent leur fonction dans le cadre des responsabilités ainsi définies:

- les 6 lits de suicidants sont sous la responsabilité du médecin chef de Médecine E
- la mission de soins en psychiatrie est assurée sous la responsabilité du médecin chef de psychiatrie et de psychologie médicale.
- L'entretien d'évaluation pour ces infirmiers sera réalisé par le cadre supérieur infirmier de Médecine E en lien avec les cadres infirmiers de l'UPAP et de l'unité de soins.

4. Evaluation et rapport d'activité

L'activité sera suivie sur le plan quantitatif grâce au repérage permis par l'identification de l'unité fonctionnelle spécifique aux 6 lits de suicidants.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge repose en partie sur les critères suivants:

- Adéquation des pratiques aux recommandations de bonnes pratiques cliniques
- Qualité du dossier clinique en matière de suicidologie.
- Réalisation d'études de suivi avec recueils de données évolutives

Les équipes médicales et paramédicales se rencontreront pour une évaluation qualitative et quantitative du dispositif à raison de deux fois par an.

5. Références médicales et paramédicales lors du transfert des lits

<u>L'équipe médicale:</u>

Mme le Professeur Penneau-Fontbonne, chef de service de Médecine E

M. le Professeur Garré, chef de service de psychiatrie et de psychologie médicale iVfme le

Docteur Gohier, chef de clinique assistant de psychiatrie

M. le Docteur Roquelaure, PH, responsable de l'unité fonctionnelle

Mme le Docteur Gamelin, assistant hospitalo-universitaire en Médecine E

L'équipe paramédicale:

Mme Careil, cadre supérieur infirmier du service de médecine E

M. Plet, cadre infirmier de l'UPAP

Mme Dugast, cadre infirmier de l'unité Fiessinger 2

L'équipe infirmière de l 'UPAP et de Fiessinger 2

Mme Gachet, assistante sociale

Les Directions du service de Soins Infirmiers des deux établissements

Charte validée le 21/11/2000

Par

Mme le Professeur Penneau-Fontbonne,

M. le Professeur Garré,

Mme Royer, Infirmière générale, CHU d'Angers

M. Laudren, Infirmier général, CESAME

Mme Prigent, Directeur adjoint CHU Angers, référente administrative du projet

Annexe n°5: questionnaire posé aux patients suicidants

QUALITE DES SOINS AUX SUICIDANTS ADULTES PAR INTOXICATION VOLONTAIRE								
I - IDENTITE DU PATIENT								
	Age :							
	Sexe :	M	F					
	Catégorie socio-professionnelle :							
	Situation familiale :					Vit seul :	OUI	NON
	Antécédents psychiatriques :						OUI	NON
	Diagnostic psychiatrique principal :							
	Suivi psychiatrique antérieur :						OUI	NON
	Hospitalisations antérieures en psychiatrie :						OUI	NON
		Si oui, nombre :						
	Tentatives d'autolyse antérieures :						OUI	NON
		Si oui, nombre :						
	Patient déjà rencontré :						OUI	NON
	Maladie chronique ou aiguë :						OUI	NON
II - ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DURANT LE SEJOUR								
Q 1	La prise en charge du patient à l'hôpital pour une tentative de suicide a débuté :							
		dans un service d'urgences ou de réanimation :				Q 1 ANAES	OUI	NON
	Gravité somatique de							

	l'intoxication :							
Q 2	Un examen somatique initial a été réalisé aux urgences ou en réanimation					Q 2 ANAES	OUI	NON
Q 3	Jour, date et heure d'arrivée dans le service :							
	Nature du service :					Q 10 ANAES		
Q 4	Chambre seule :						OUI	NON
	Si non, nombre de lits :							
Q 5	Protocole de sécurité :							
		Existe t-il une procédure écrite dans le service ?					OUI	NON
		A t-il été appliqué ?					OUI	NON
Q 6	Le patient a bénéficié d'un entretien avec un psychiatre dans les 24h suivant son hospitalisation					Q 3 ANAES	OUI	NON
Q 7	Cet entretien s'est déroulé dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité					Q 4 ANAES	OUI	NON
Q 8	C'est le même psychiatre qui a revu le patient :					Q 5-6 ANAES	OUI	NON
	Nombre de visites du psychiatre :							
	Nombre de visites de l'infirmière psychiatrique :							
Q 9	Echelle d'évaluation structurée en complément de l'entretien afin d'évaluer le risque suicidaire :					Q 7 ANAES	OUI	NON
Q 10	Les proches ont-ils été reçus en entretien par le psychiatre ou l'infirmière psychiatrique au moins une fois pendant l'hospitalisation ?					Q 8 ANAES	OUI	NON
Q 11	<u>Examens complémentaires pratiqués :</u>							
	1)	En rapport avec la maladie ou autre						
	2)	A la demande du psychiatre						

		A l'initiative du médecin du service						
		A la demande du patient						
Q 12	Un traitement psychiatrique a été institué						OUI	NON
		si oui, classe :						
		per os ou perfusion						
III - PREVISION DE SORTIE								
Q 13	Durée de l'hospitalisation :							
Q 14	Une assistante sociale a évalué la situation sociale du patient (familiale, professionnelle, suivi social en cours…)					Q 9 ANAES	OUI	NON
Q 15	Des contacts préalables à la sortie ont été établis, avec son accord (et si nécessaire celui des tuteurs légaux), avec des intervenants extérieurs concernés (professionnels, sanitaires…)					Q 11 ANAES	OUI	NON
Q 16	Un professionnel référent a coordonné les décisions concernant le patient pendant toute la durée du séjour (la fonction de référent peut être exercée par 2 personnes, pour assurer la continuité)					Q 12 ANAES	OUI	NON
Q 17	Le patient a quitté l'hôpital avec :					Q 13 ANAES		
		un carton de RDV spécialisé					OUI	NON
		un RDV chez le généraliste					OUI	NON
		une ordonnance					OUI	NON
		un arrêt de travail					OUI	NON
Q 18	Le patient a reçu à sa sortie une carte mentionnant les coordonnées d'une structure et des personnes joignables 24h/24					Q 14 ANAES	OUI	NON

Q 19	Sortie :							
		simple au domicile						
		anticipée au domicile						
		transfert en milieu spécialisé : HL / HDT / convalescence						
		contre avis médical ou fugue						
IV - APPRECIATION DE L'HOSPITALISATION PAR LE PATIENT								
Q 20	Dans le service, avez-vous eu l'impression :							
		d'être à votre place ?					OUI	NON
		d'être respecté ?					OUI	NON
		d'être soutenu ?					OUI	NON
		d'être jugé ?					OUI	NON
		d'une indifférence à votre égard ?					OUI	NON
Q 21	1) Qualité et temps d'écoute :							
		des médecins du service			satisfaisant	plutôt satisfaisant		
					non satisfaisant	plutôt non satisfaisant		
		des médecins psychiatres			satisfaisant	plutôt satisfaisant		
					non satisfaisant	plutôt non satisfaisant		
		des infirmiers du service			satisfaisant	plutôt satisfaisant		
					non satisfaisant	plutôt non satisfaisant		

		des infirmiers psychiatriques			satisfaisant	plutôt satisfaisant		
					non satisfaisant	plutôt non satisfaisant		
		de l'équipe aide-soignante			satisfaisant	plutôt satisfaisant		
					non satisfaisant	plutôt non satisfaisant		
		de la surveillante			satisfaisant	plutôt satisfaisant		
					non satisfaisant	plutôt non satisfaisant		
		de l'assistante sociale			satisfaisant	plutôt satisfaisant		
					non satisfaisant	plutôt non satisfaisant		
	2) Rapports avec les autres patients (suicidants ou autres)							
					satisfaisant	plutôt satisfaisant		
					non satisfaisant	plutôt non satisfaisant		
Q 22	Jugez-vous le nombre d'intervenants (médecins et infirmières)							
						trop important		
						satisfaisant		
						insuffisant		
Q 23	L'hospitalisation vous a t-elle permis :							
		- d'améliorer votre situation						
		(professionnelle, sentimentale, familiale, financière, de santé, d'hébergement) ?					OUI	NON
		- d'initier ou améliorer les relations avec votre entourage ?					OUI	NON
Q 24	Ressentez-vous une amélioration de votre état psychologique ?							
		dépression					OUI	NON
		irritabilité					OUI	NON
		alimentation					OUI	NON
		sommeil					OUI	NON

Q 25	Finalement, avez-vous ressenti l'hospitalisation comme :							
					utile	ou inutile ?		
						nécessaire ?	OUI	NON
			trop longue		trop courte	de durée convenable		

Annexe n°6 :

Echelle d'évaluation du potentiel létal en cas de tentative de suicide (Tuckman)

Facteurs	Risque élevé	Risque faible
Âge	>45 ans	<45 ans
Sexe	Homme	Femme
Race	Européen	Non européen
État civil	Séparé, divorcé, veuf	Marié, célibataire
Mode de vie	Seul	Avec d'autres
Vie professionnelle	Sans travail	Travaillant
État de santé	Atteinte aiguë ou chroniques dans les 6 derniers mois	Bon
État mental	Atteinte nerveuse ou mentale, troubles de l'humeur ou du comportement, alcoolisme	Présumé normal hormis une réaction situationnelle brève
Soins médicaux (six derniers mois)	Oui	Non
Moyen de la TS	Pendaison, arme à feu, noyade, précipitation	Gaz, entaille, perforation, intoxication médicamenteuse, autres
Saison	Mois chauds	Mois froids
Moment de la journée	De 18h à 6h	De 6h à 18h
Lieu de la TS	Autres locaux, extérieur	Chez soi ou dans la maison de quelqu'un d'autre
Temps écoulé entre TS et découverte	Plus tard	Presque immédiatement
Volonté de mourir	Oui	Non
Existence d'une lettre	Oui	Non
Antécédents de TS ou de menace	Oui	Non
TOTAL : chaque facteur reçoit la cote 1 s'il se range dans la catégorie risque élevé et la cote 0 s'il appartient à celle de risque faible		

Annexe 6 bis :

ECHELLE DE DESESPOIR DE BECK

Ce questionnaire comprend une liste de 20 situations possibles. A chaque fois qu'une de ces situations correspond à l'état d'esprit du patient durant la semaine passée, le patient doit inscrire la lettre V pour « vrai », en face de l'affirmation correspondante; dans la cas contraire, il mettra la lettre F pour « faux».

A. J'envisage l'avenir avec espoir et enthousiasme.
B. Je pourrais aussi bien laisser tomber, car je ne peux améliorer ma situation.
C. Quand les choses vont mal, je suis aidé par l'idée qu'elles ne resteront pas toujours ainsi.
D. Je ne peux imaginer à quoi ressemblera ma vie dans vie dans dix ans.
E. Je n'ai pas assez de temps pour accomplir les choses que j'ai le plus envie de faire.
F. Dans l'avenir, je m'attends à réussir ce qui m'intéresse le plus.
G. Mon avenir m'apparaît sombre.
H. Je m'attends à obtenir dans la vie plus de bonnes choses que la moyenne des gens.
I. Je n'assume pas les ruptures; il n'y a aucune raison de croire que j'y arriverai dans l'avenir.
J. Mes expériences passées m'ont bien préparé à l'avenir.
K. Tout ce que je vois devant moi dans l'avenir est plutôt désagréable qu'agréable.
L. Je ne m'attends pas à obtenir ce que je veux réellement.
M. Quand je regarde l'avenir, je m'attends à être plus heureux qu'actuellement.
N. Les choses ne vont pas se dérouler comme je le souhaiterais.
O. J'ai grande foi en l'avenir.
P. Je n'obtiens jamais ce que je veux, aussi serait-il fou de vouloir quoi que ce soit.
Q. Il est très invraisemblable que j'obtienne une satisfaction quelconque dans l'avenir.
R. Le futur m'apparaît vague et incertain.
S. J'envisage dans l'avenir plus de bons moments que de mauvais.
T. Il n'est d'aucune utilité pour moi d'essayer d'obtenir quelque chose que je veux, car probablement, je ne l'obtiendrai pas.

Plan des tableaux

Tableau n°I : Comparaison des unités concernant les modalités de traitements psychiatriques: p 26

Tableau n°2 : Comparaison entre les deux entités concernant les modes de sortie: p 30

Tableau n°3 : Récapitulatif des différences significatives entre les deux entités: p 33

Tableau n°4 : Questionnaire de l'hôpital: résultats globaux: p 34

Tableau n°5 : Comparaison entre les patients primo-suicidants et les patients aux antécédents de tentatives de suicide: p 35

Annexes

Annexe 1 :Plan de prévention du suicide (1997) p 49.

Annexe 2: Les 15 critères de l'ANAES (1998) : p 50.

Annexe 3 : Circulaire ministérielle du 29 avril 2002 : p 51.

Annexe 4 : Charte de fonctionnement de l'unité d'accueil des suicidants (2000) : p60.

Annexe 5 : Questionnaire de l'enquête: p 67.

Annexe 6: Echelle d'évaluation du potentiel létal en cas de TS (Tuckman) : p 74.

Annexe 6 bis: Echelle du désespoir de Beck : p 75.

BIBLIOGRAPHIE

1- ACTES
La prévention du suicide des jeunes. Cité des congrès Nantes 19 et 20 Sept 2000.

2- Accueil et prise en charge des tentatives de suicide. Rev Infno12 juillet 1994 : 57-62.

3- ANAES. La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, 19-20 octobre 2000 Ed. John Libbey.

4- Balestra M, Baranski P, Boyer JM, Passamar M. Centre d'accueil et de crise: prise en charge des suicidants. Soins Psychiatr, juin-juillet 91, 128/129: 20-22.

5- Bietti C, Faliva C, Positano M, Loddo M. Une équipe de consultation pour la prévention du risque suicidaire à l'intérieur du département de premier secours dans un hôpital général. Psycho Méd 1993, 25, 5:389-390.

6- Boisson C, François T, Jeunet L, Jonkisz Y, Bonaventure G. La TS et après? Mise en place d'un réseau d'accompagnement pour le jeune suicidant de 15 à 25 ans. Pratiques en santé mentale; 2; 1998:23-25.

7- de Bonnay P, Monnet E, Perrin P, Bourg C. Mise en place d'un réseau santé psychique, physique et sociale pour adolescents et adultes jeunes en relation avec le programme régional de santé, dépression et suicide. Rev Fr Psychiatr no28, mai 1999, p34-35.

8- Brochard G. SOS AMITIE dans la prévention du suicide. Act Psychiatr no2, 1990: 29-32.

9- Chapitre 8,5 in La santé observée dans les régions de France. Fnors 1997 mise à jour 2000.

10- Chavagnat JJ, Delcoustal M, Perivier E. Le suicidant: avant et après l'hospitalisation. Psycho Méd 1993, 25, 5:411-413.

11- Circulaire DGS-SD6C n° 2002 271, avril 2002.

12- Court Y E et al. Unité "PASS-AJE". AnnMéd Psycho 161(2003): 452-457 .

13- Danet F, Elchardus JM. Répétition et accueil des tentatives de suicide en service d'urgences: du déni de la mort à la dynamique des soins. Rev Fr Psychiatr et Psycho Méd no15, février 1998:45-47.

14- Della T, Weiss P, Lowy C. Etude sur la prévention des récidives de tentatives de suicide en fonction du type de la prise en charge. Rev Fr Psychiatr no24, janvier 1999:183-184.

15- Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Suicides et tentatives de suicide en France: une tentative de cadrage statistique. Drees no1O9 avril 2001.

16- Dubois L, Walter M, Bleton L. Evaluation comparative et prospective d'un protocole de prise en charge spécifique de jeunes suicidants. Ann Med Psycho 1999, 157, no8: 557-560.

17- Eudier F. L'entretien avec un psychiatre après une tentative de suicide: intérêts et limites. Psycho Méd 1993,25,5:430-43.

18- Eudier F, Macqueron G, Badiche A. Réflexions et impertinences à propos d'études épidémiologiques sur les récidives suicidaires. Rev Fr Psychiatr Psycho Méd nol5, févr. 1998: 26-28.

19- Hocini F. Patients suicidants aux urgences de l'hôpital général. Nerv, 14 no5 juin 2001.

20- Fanello S, Paul P, Delbos V, Gohier B, lousset N, Duverger P, Garré JB. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. Sant Pub 2002, 14

nO3: 263-273.

21- Frac R, Chavagnat 11. La prise en charge des suicidants. Forensic, oct-nov-déc 1994, no7:12-19.

22- Garré JB. Les récidives suicidaires: réflexions sur un programme possible de prévention et de recommandations. Rev Fr Psychiatr nol5, fév 1998:17-21.

23- Gravier V, Gasquet 1, Weisbrot C. Centres de crise et crise suicidaire: suivi à deux ans de 50 patients reçus au CATB pour tentative de suicide. Syn mars 1997, no134: 39-49.

24- Grillet C, François J, Aho S, Trapet P, Gisselmann A. Quelques idées au-dessus de tout soupçon en matière de prise en charge des suicidants. Psycho Méd 1992, 24, 10:1061-1063.

25- Guillaume R, Giot MP, Wilmotte J. Un programme de prise en charge intensive des suicidants par une équipe sociale. Psycho Med 1988,20,3: 427-429.

26- lallade C, Sarfati Y. Evaluation de l'amélioration clinique des patients suicidants au décours de leur geste:principes et intérêts. Nerv, 15, no7, 2002: 31-36.

27- Lair D, Wehrung N, Cosson A. L'urgence psychiatrique, un choc pour un déclic...Soins Psychiatr no211, nov-déc 2000:38-41

28- Laudière F. Intervention des infIrmiers psychiatriques aux Urgences médico-chirurgicales. Rev Fr Psychiatr Psycho Méd. no24, 1999: 217-218.

29- Lemoine A, Pettenati H, d'Espinosse D, J. Fatine J, Moineau A, Garré JB. 1995-1997: deux années d'activité d'une équipe infirmière psychiatrique aux urgences du CHU d'Angers: quel vécu? Rev Fr Psychiatr Psycho Méd no24, 1999: 219-221.

30- Garré JB, Gohier B. in La santé mentale des Français: "le suicide". Ed Odile JACOB, mars 2002: 257-270.

31- Martineau W. Accueil et soins du suicidant dans un SAU: les étapes d'une restauration. Rev Fr Psychiatr Psycho Méd no24, 1999: 122-124.

32- Mazière JN, Onde G, Moron P, Birmes P, Sarramon C, Ruiz J. Suicides et tentatives de suicide à la Réunion. Prévention et prise en charge. Ann psychiatr 2000; 15: 16-22

33- Moron P. Formation médicale à la prévention du suicide, le GEPS. Ann Méd Psycho. 1999, 157,no8:573-577.

34- Moutin P, Chabanne JP, Rouvier B, Dubelle P, Ministrano C. La prise en charge psychiatrique et psychologique immédiate après une tentative de suicide à propos de 289 cas. Psycho Méd 1993,25,5:328-330.

35- Naili Douaouda B. Tentative de suicide, hôpital général et service de psychiatrie sectorisé à propos d'une expérience à Dreux. Act Psychiatr n°2, 1990:13-16.

36- Obadia J, Vaiva G, Goudement M, Bondu C. Le travail de crise en des lieux différents: pour un même changement? Rev Fr Psychiatr no24, janvier 1999 :137 138.

37- Philippe A. Les tentatives de suicide vues en médecine générale. Rev Fr Psychiatr no30, sept 1999 :33-36.

38- Pommereau X. Suicidants et hôpital: création d'une unité médico-psychologique. Sociol Santé, 1993, no8: 97-107.

39- Pommereau X. La prise en charge médico-psychologique des jeunes suicidants en unité spécifique de court séjour. Nerv Tome 14 no2, mars 2001:n 27-31.

40- Saint M. Contribution du médecin inspecteur de la santé à la connaissance d'un problème de santé publique: les suicides et tentatives de suicide en Maine-et-Loire. Thèse promotion 1989-1990.

41- Staikowski F. Tentatives de suicide et services d'urgences. Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur de l'Université Paris 7 spécialité: soins hospitaliers février 2002.

42- Tousignant M, Seguin M. Le dilemme de la protection de la vie privée dans l'assistance aux personnes suicidaires. Rev Fr Psychiatr no30, Sept 1999: 23-26.

43- Walter M, Cremniter D, Bleton L, Subileau B. Evaluation de la prise en charge des suicidants.Ann Méd Psycho 1997 , 155, no6: 413-417.

44- Walter M. Réflexions concernant les modalités de prise en charge des patients suicidants en urgence et post urgence. InfPsychiatr no5, mai 2000: 541-547 .

45- Walter M, Kermarrec I. Idées ou conduites suicidaires et conduite à tenir en situation d'urgence. Rev Prat 1999:1685-1690.

46- Equipe soignante du Pr. Zarifian. Accueil et prise en, charge des tentatives de suicide. Rev Inf, juillet 94, 12: 57-62.

NOM : **Lemeunier-Lelièvre-Gérain**

PRENOM: **Marie-Christine**

TITRE DE LA THESE

La prise en charge des suicidants au CHU d'Angers: Etude prospective comparative de l'unité d'accueil des suicidants et des services de médecine.

RESUME

La prévention du suicide en France est une priorité de santé publique depuis 1992. Les tentatives des suicides sont pour la moitié des récidives, et le risque de décès augmente d' 1 % par an après le premier geste suicidaire.

Buts de l'enquête: évaluer le respect des recommandations de l'ANAES pour h prise en charge hospitalière des suicidants

: comparer cette prise en charge entre l'unité d'accueil des suicidants (comprenant six lits et une équipe de psychiatrie sur place), et les autres services de médecine où sont hébergés 58% de ces patients faute de place.

Méthode: questionnaire rempli au lit du patient le jour de sa sortie. 155 patients de plus de 16 ans hospitalisés au moins 48 heures pour une tentative de suicide par intoxication volontaire ont été interrogés.

Résultats: neuf des quatorze critères de l'ANAES ont été respectés à plus de 65% et deux à moins de 40%.

: quelques différences significatives entre les deux groupes de service ont été observées au profit de l'unité d'accueil des suicidants. Ces arguments sont en faveur d'un bénéfice de l'hospitalisation dans cette unité.

MOTS-CLES:

Tentative de suicide, prise en charge, hôpital prévention, unité d'accueil des suicidant: